

# Belgische initiatieven om de **ongelijkheid in gezondheid** te verkleinen

1995 - 2006

## COLOFON

### AUTEURS

Nathalie Maulet en Michel Roland  
(Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles)

Jan De Maeseneer, Ilse Van de Geuchte en Sara Willems  
(Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent).

### COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Gerrit Rauws, directeur  
Johan Alleman, projectverantwoordelijke  
Els Heyde, assistente  
Ann Nicoletti

### VERTALING

Lieve De Meyer

### VORMGEVING & DRUK

PuPiL

Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

Wettelijk depot: D/2007/2893/37  
ISBN-13: 978-90-5130-589-0  
EAN: 9789051305890  
NUR: 860

December 2007

Met de steun van de Nationale Loterij

Belgische initiatieven om de ongelijkheid in  
gezondheid te verkleinen - 1995 - 2006

Cette publication est également disponible  
en français sous le titre: Recherche sur  
les initiatives mise en place en matière  
d'inégalités socio-économiques de santé  
en Belgique 1995 - 2006

Een uitgave van de  
Koning Boudewijnstichting,  
Brederodestraat 21 te 1000 Brussel

## INHOUD

1. Inleiding	4
1.1 Methode	4
1.2 Opzet van het dossier	5
2. Samenvattende voorstelling van de initiatieven	6
2.1 Concrete maatregelen: aanpak gezondheidsdeterminanten	6
2.1.1 Versterking van het individu	8
2.1.2 Versterking van de buurt	10
2.1.3 Verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden en optimalisering van het zorgaanbod.	11
2.1.4 Macrosociaal, -cultureel en -economisch beleid	16
2.2 Ondersteunende maatregelen die een kader scheppen voor meer concrete maatregelen	17
2.2.1 Onderzoek en informatie	17
2.2.2 Multidisciplinair overleg / netwerking	17
2.2.3 Intersectoraal en intergouvernementeel overleg / monitoring	19
2.2.4 Financiering	20
3. Aandachtspunten	22
4. Bijlagen	24
4.1 Aanwijzingen voor het lezen van de steekkaarten	24
4.2 Analysetabel van de initiatieven	26
4.3 Steekkaarten van de initiatieven	32



## deel 1 INLEIDING

Dit onderzoeksdossier is opgemaakt in het kader van het project 'Ongelijkheid in Gezondheid', van de Koning Boudevijnstichting en is uitgevoerd door een onderzoeksteam van de Universiteit van Gent (Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg) in samenwerking met de 'Université Libre de Bruxelles' (departement 'Médecine Générale'). Het dossier wil een overzicht geven van de initiatieven die de verschillende bevoegde politieke overheidsniveaus in België sinds een vijftiental jaar hebben genomen om de strijd aan te binden met de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid.

Dit dossier streeft veeleer naar representativiteit dan naar volledigheid en wil een algemeen overzicht bieden van de belangrijkste initiatieven op federaal, gemeenschaps- en gewestelijk niveau, met ook enkele voorbeelden op provinciaal en lokaal niveau. Door aandacht te besteden aan wat er is gebeurd – of niet gebeurd – in het terugdringen van sociale ongelijkheid in gezondheid die zowel is vastgesteld door de actoren op het terrein als door de politici of het wetenschappelijk onderzoek, moet het op termijn mogelijk zijn nieuwe prioriteiten te stellen om deze problematiek beter aan te pakken.

### 1.1 Methode

Het onderzoek naar de verschillende initiatieven op het vlak van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) is hoofdzakelijk gebeurd op basis van een analyse van de literatuur en een zoektocht op het internet. Verder zijn ook enkele verantwoordelijken van initiatieven opgebeld om bijkomende informatie te vragen.

Het onderzoek heeft betrekking op de

beleidsstrategie en de acties in België over een periode van ongeveer vijftien jaar (van 1990 tot 2006). Gezien het aantal genomen initiatieven en de beperkte tijd voor het onderzoek is deze 'inventaris' niet exhaustief. Prioritaire aandacht is gegaan naar initiatieven op de hogere beleidsniveaus en er is vooral gewerkt aan de representativiteit van het beleidsoverzicht op het vlak van de soort maatregelen die zijn genomen in België, veeleer dan aan representativiteit op het vlak van beleidsactiviteiten in de diverse regio's en beleidsinstanties. Zo komt het provinciale en lokale niveau in Vlaanderen niet of nauwelijks aan bod in het overzicht – wegens tijdsgebrek, niet wegens gebrek aan Vlaamse initiatieven – maar geven de Waalse voorbeelden wel een idee van de soorten initiatieven die op deze beleidsniveaus bestaan.

Uiteraard is de aandacht hierbij vooral uitgegaan naar de beleidssectoren die het nauwst samenhangen met de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen, namelijk de gezondheidssector en de sociale zekerheidssector. Nochtans zou het voor de toekomst een interessante oefening zijn om ook de initiatieven van andere sectoren die raakpunten hebben met gezondheid, zoals huisvesting, werkgelegenheid en onderwijs, onder de loep te nemen. De inventaris neemt trouwens wel initiatieven in aanmerking die in hun doelstellingen niet specifiek de 'strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen' vermelden, maar daar wel een rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage toe leveren. De inventaris wil de verschillende vormen van sociaal-economische ongelijkheid in gezondheid (toegang, informatie, kwaliteit, enz.) behande-

len. Er komen alleen initiatieven aan bod die momenteel nog altijd lopen; initiatieven die zijn afgelopen zullen onder de loep worden genomen in een volgende onderzoeksfase, die betrekking zal hebben op goede en slechte praktijken. Eénmalige acties (het opeisen van bedden in tehuizen, enz.) of initiatieven naar aanleiding van een uitzonderlijke gebeurtenis (een strenge winter, enz.) zijn evenmin in het onderzoek opgenomen.

## **1.2 Opzet van het dossier**

Dit dossier brengt een samenvatting van de verschillende initiatieven op het vlak van ongelijkheid in gezondheid die tijdens dit onderzoek zijn bestudeerd. Het bestaat uit twee thematische delen gevolgd door een conclusie die enkele aandachtspunten voorstelt.

Het eerste deel analyseert de concrete initiatieven en maatregelen met betrekking tot de belangrijkste factoren die sociaal-economische gezondheidsverschillen bepalen; namelijk de factoren die verband houden met het individu zelf, met de buurt, met de leef- en werkomgeving met inbegrip van de beschikbaarheid van en de toegang tot diensten en ten slotte met de omstandigheden op macro-niveau. Het tweede deel behandelt de maatregelen die kunnen worden beschouwd als ondersteuning bij de aanpak van SEGV. Het gaat daarbij om onderzoek, overleg, monitoring en budgettaire maatregelen.

Het bevoegdheidsniveau (van federaal tot lokaal) van de voorgestelde initiatieven en maatregelen wordt in deze thematische samenvatting aangegeven

door het nummer van de initiatieven (van 2 voor federaal tot 5 voor lokaal). Indien anders dan het federaal niveau, wordt dit aangeduid door een kantlijn naast de kolom. De nummers van de initiatieven die tussen haakjes staan aangegeven, verwijzen naar de steekkaarten in de bijlage die meer gedetailleerde informatie bevatten over elk van de 45 vermelde initiatieven.

## deel 2 SAMENVATTENDE VOORSTELLING VAN DE INITIATIEVEN

### 2.1 Concrete maatregelen: aanpak gezond- heidsdeterminanten

Bij het in kaart brengen en ordenen van de verschillende in België genomen maatregelen met een (mogelijke) positieve impact op sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), zouden we kunnen uitgaan van de klassieke pijlers van het Belgische gezondheidssysteem: de sterk uitgewerkte curatieve gezondheidszorg en ziekteverzekering (RIZIV en mutualiteiten) en daarnaast de geregionaliseerde, wat ondergeschikte preventieve gezondheidssector als restcategorie. Dit zou een weinig verrassend overzicht opleveren. Iedereen kan voorspellen dat deze verhoudingen zich op het vlak van het beleid rond sociaal-economische gezondheidsverschillen vertalen in een duidelijk accent op maatregelen ter vergroting van de financiële toegankelijkheid van de curatieve gezondheidszorg voor kwetsbare groepen.

Anderzijds stellen we toch vast dat er binnen de preventieve gezondheidssector, in navolging van het Ottawa-Charter van de Wereldgezondheidsorganisatie, meer en meer aandacht gaat naar gezondheidspromotie, waarbij men voorwaarden creëert die de mensen zelf in staat stellen om controle te verwerven over hun gezondheid. Deze evolutie houdt verband met de bewustwording dat de gezondheidstoestand van de bevolking uiteindelijk maar voor 10 à 20% voortkomt uit de zorg<sup>1</sup>. Zoals uiteengezet door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (<http://www.vig.be/content.asp?nav=onderzoek&selnav=529,599>), houdt dit concreet in dat

er, naast de uitvoering van taken inzake klassieke ziektepreventie (bv. vaccinatie) en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (bv. anti-rookcampagnes), ook gepleit wordt voor het creëren van een gezonde leef-, leer- en werkomgeving, voor de versterking van sociale netwerken, voor een bredere gezondheidsbevorderende missie van voorzieningen op het vlak van gezondheidszorg en voor meer aandacht voor de gezondheidsimpact van overheidsmaatregelen op andere terreinen, zoals economie. En daarmee zijn we weer op het federale bevoegdheidsniveau aanbeland. Een intergouvernementele aanpak dringt zich dus op.

Eenzijds zou een indeling van overheidsmaatregelen volgens de pijlers 'curatieve gezondheidszorg' – 'ziekteverzekering' – 'gezondheidspromotie' dus slechts een bevestiging zijn van de huidige verhoudingen in het Belgische gezondheidssysteem en weinig bijbrengen in verband met de leemtes die bestaan in de aanpak van SEGV. Anderzijds dekt de term 'gezondheidspromotie' heel veel verschillende ladingen en bewijst deze dus weinig nut bij het onderverdelen van de maatregelen. Daarom vonden we het interessant om te proberen de vastgestelde Belgische maatregelen (niet exhaustief!) te ordenen in een wetenschappelijk onderbouwd schema, specifiek vanuit het oogpunt van de bestrijding van SEGV. Hierna volgt voor een goed begrip wat meer uitleg over het gehanteerde schema.

Deskundigen inzake sociaal-economische gezondheidsverschillen leggen vaak de nadruk op de nood aan een veelzijdige aanpak van dit probleem. Dat is ook logisch, gezien de multidimensionaliteit van het probleem zelf, die ook al wordt weerspiegeld in de benaming. Het gebeurt niet vaak dat een term economie, sociale status en gezondheid in één adem vermeldt. Daarom is ook hard gewerkt aan een wetenschappelijk kader dat meer inzicht biedt in de wisselwerking tussen de verschillende oorzaken van het probleem en, daaruit voortvloeiend, meer inzicht in de verschillende mogelijke invalshoeken voor maatregelen ter bestrijding van SEGV en de ideale combinatie ervan. Margaret Whitehead<sup>2</sup> heeft op dit gebied bijzonder verdienstelijk werk geleverd.

Het model van Whitehead situeert de oorzakelijke factoren van SEGV op verschillende niveaus, gaande van het individuele niveau tot het macroniveau, waarbij de factoren op de hogere niveaus niet alleen rechtstreeks inwerken op het probleem, maar ook nog eens invloed uitoefenen op de factoren op de lagere niveaus. Met andere woorden, hoe hoger het niveau, hoe fundamenteeler en sterker de invloed op het probleem:

1. Individueel niveau: individuele kennis, overtuiging, waardegevoel, gedrag;
2. Het buurniveau: sociale cohesie;
3. Het niveau van de diensten en voorzieningen: dagelijkse leef-, leer- en werkomgeving en toegankelijkheid

van diensten en voorzieningen;

4. Het macrosociale, -economische en -culturele niveau: inkomensverschillen, ....

In dit schema kunnen we tevens alle mogelijke interventies tegen SEGV situëren, namelijk:

1. Versterking van het individu: leefstijl-interventies en empowerment;
2. Versterking van buurten: enerzijds interventies die de mogelijkheden van een buurt verhogen om als leefgemeenschap gezamenlijk problemen te definiëren en aan te pakken (horizontale cohesie) en anderzijds interventies die de verschillende sociaaleconomische groepen met elkaar verbinden en gericht zijn op participatie en democratie (verticale cohesie);
3. Verbetering van de dagelijkse werken leefomgeving en het toegankelijk maken van diensten en voorzieningen met een positieve invloed op de gezondheid;
4. Aanmoedigen van macro-economische, -sociale en -culturele veranderingen (bv. aanpak van inkomensongelijkheid).

Zowel Belgische als Europese en internationale expertisecentra pleiten unaniem voor een gecoördineerde aanpak van SEGV op elk van deze vier niveaus.

We bespreken nu de onderzochte Belgische maatregelen op elk van deze vier interventieniveaus.

(1) Strohl H., *Le mythe de l'accès aux soins. Droit Social*, 1995 ; 9 (10) : 789-91.

(2) Whitehead M. *A Typology of actions to tackle social inequalities in health. Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61:473-478. Zie ook Beck M. *Beleidsinterventies ter vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, [http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub\\_ostc/agma/ragdd008bel\\_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/agma/ragdd008bel_nl.pdf)



### 2.1.1 Versterking van het individu

In deze categorie gaat men ervan uit dat SEGV worden veroorzaakt door een individueel gebrek aan kennis, overtuiging, bekwaamheid, beslissingsmacht of zelfrespect.

Bijgevolg zijn de interventies vooral gericht op vorming of de ontwikkeling van vaardigheden waarmee individuen hun gezondheidstoestand kunnen verbeteren. De interventies zijn veeleer toegespitst op de individuen zelf dan op andere factoren (de omgeving, de gezondheidsdiensten, enz.).

De Wet inzake de Patiëntenrechten van 22 augustus 2002 (Steekkaart 2.1.12) hoort in deze categorie thuis, omdat die wet de positie en de rechten van de patiënt versterkt in zijn relatie met de zorgverstrekker.

De wet legt de nadruk op de notie van toestemming in de zorg en op de plicht van de zorgverstrekker om zijn patiënt te ‘emanciperen’<sup>3</sup>. Hier bestaat een bereidheid om rekening te houden met de asymmetrie van de relatie tussen de verzorger met zijn professionele medische kennis en de verzorgde die meestal niet beschikt over de nodige specifieke kennis om zijn ziekte en zijn behandeling te kunnen begrijpen.

De wet verduidelijkt een aantal andere principes die ook bijdragen tot de versterking van de patiënt: de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, het recht op informatie, het recht op toestemming in de voorgestelde zorg, de rechten van vertrouwenspersonen, enz. Verder heeft

deze wet ook gevolgen voor talrijke andere juridische bepalingen, waaronder ook die in verband met het levenseinde (palliatieve zorg en euthanasie).

Bovendien versterkt de wet de gelijkheid tussen alle patiënten, aangezien hij opnieuw het recht van de patiënt bevestigt op kwaliteitszorg die voldoet aan zijn behoeften ‘zonder ook maar enig onderscheid te maken’. Nochtans is er nog geen evaluatie gebeurd van de impact van de wet op de patiëntenrechten, niet op het vlak van de emancipatie van het individu en evenmin op het vlak van de universaliteit van de zorg.

Het Nationale Actieplan tegen Partnergeweld (Steekkaart 2.1.7) is een voorbeeld van een interventie vanuit drie invalshoeken.

Allereerst grijpt dit plan in op het vlak van emancipatie van het individu, aangezien het een geheel van preventieve, curatieve of repressieve maatregelen en acties voorziet die bedoeld zijn om de persoonlijke eigenschappen van de slachtoffers van geweld te versterken. Maar het plan gaat verder in deze aanpak, omdat het op een vernieuwende wijze ook aandacht heeft voor afwijkende kenmerken van de geweldplegers. Verder illustreert het plan de meerwaarde van een intersectoriële aanpak (justitie/sociaal/gezondheid) van de problematiek van de volksgezondheid zoals geweld op vrouwen. En ten slotte gaat het ook om een interventie tussen verschillende bevoegdheidsniveaus,

aangezien het plan concreet wordt opgezet door het federale niveau, de gemeenschappen en de gewesten.

Er zijn in België nog maar weinig interventies tussen de bevoegdheidsniveaus. Sinds de communautarisering van de bevoegdheden op het vlak van gezondheid (1983), zijn de gemeenschappen elk bevoegd voor de organisatie van de eigen preventieve campagnes, terwijl de federale overheid (geheel of gedeeltelijk) instaat voor de terugbetaling van preventieve zorg in het kader van de ziekteverzekering, zoals (sommige) vaccinaties en screeningtests. Bovendien verschillen de preventieprogramma's van de drie gemeenschappen qua benaming en qua organisatievorm.

De preventieve interventies die hier in detail worden besproken, zijn interventies waarbij de aanpak vooral streeft naar een versterking van het individu om het hoofd te bieden aan zijn maatschappelijke situatie of zijn ongunstige gezondheidstoestand. Andere preventieve interventies die vooral gericht zijn op de toegang tot zorg, komen verder onder categorie 3 meer uitgebreid aan bod.

Het ‘Fond des Affections Respiratoires’ FARES (Steekkaart 3.3.1) en de ‘Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg’ VRGT (Steekkaart 3.1.4) komen in hun respectieve gemeenschappen en in het Brusselse

(3) We gebruiken hier het woord ‘emanciperen’ als vertaling van de notie van ‘empowerment’.

Regionaal beleidsniveau



Hoofdstedelijk Gewest gezamenlijk tussen volgens twee krachtlijnen: tabakspreventie en preventie van tuberculose. De tabakspreventie richt zich op individuele personen of op specifieke doelgroepen (jongeren, enz.) en voorziet een persoonlijke begeleiding van de rokers (Tabak Stop Lijn, enz.) en ook speciale maatregelen voor bijvoorbeeld zwangere vrouwen. De invalshoek van de tuberculose wordt uitgebreid tot andere ademhalingsaandoeningen (astma, chronische bronchitis, enz.). Het gaat om diverse maatregelen van persoonlijke opvolging maar ook om tussenkomsten op het vlak van de toegang tot screening en zorg (zie ook categorie 3).

In de Vlaamse Gemeenschap ontwikkelt Kind en Gezin ook een aanpak tot empowerment van moeders. We wijzen hier op de initiatieven van Kind en Gezin voor de verlenging van de consulttijd voor een betere zorg voor vrouwen uit de armste sociaal-economische klassen of ook de prenatale diensten voor kwetsbare zwangere vrouwen (Steekkaart 3.1.3). Een vernieuwde visie op de prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangeren gaat uit van vier krachtlijnen: het verbeteren van het doelgroepbereik, het uitbreiden van de psychosociale begeleiding, de toenemende samenwerking met de reguliere medische sector voor medische prenatale begeleiding en het uitwerken van een gebiedsgerichte dienstverlening.

In de Franse Gemeenschap voert het 'Office de la Naissance et de l'Enfance' ONE (Steekkaart 3.3.4) eveneens een beleid dat bedoeld is om het individu te versterken, maar dit gebeurt wel met een duidelijk andere strategie en een andere organisatievorm. Het beleid ter begeleiding van het kind en zijn ouderlijke omgeving is opgezet vanuit het standpunt van universele dienstverlening, met specifieke inspanningen voor de landelijke gebieden en een strategie die de nadruk legt op een holistische benadering van de behoeften van het individu (medisch/sociaal/educatief).

Ook de 'Maisons médicales' (Steekkaart 3.3.2) ontwikkelen deze holistische strategie om de capaciteiten van het individu te versterken door middel van multidisciplinaire zorg. Net als hun Nederlandstalige tegenhangers, de wijkgezondheidscentra, worden deze 'Maisons médicales' ook gekenmerkt door hun strategie van financiële toegankelijkheid en hun gemeenschappelijke aanpak die onder categorie 3 aan bod zal komen. Door de combinatie van deze benaderingen en de groeiende omvang van de beweging zijn de 'Maisons médicales' een van de interventies die rechtstreeks ingrijpen op de beperking van SEGV. De impact ervan wordt momenteel geëvalueerd door een onderzoeksproject van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE.

Ook de 'Centres de planning familial' (Steekkaart 3.4.5) werken volgens een multidisciplinaire aanpak. Het zijn structuren buiten de context van het ziekenhuis, die bedoeld zijn voor het onthaal, het beluisteren, de educatie en de begeleiding van iedereen op affectief, seksueel en relationeel vlak. Deze centra zijn een voorbeeld van initiatieven die werken aan de empowerment van het individu op een specifiek terrein van de gezondheid (seksuele en reproductieve gezondheid).

Het groene nummer 'Libr'âgé' (Steekkaart 3.4.3) is een interventie die aandacht heeft voor de behoeften van een specifieke leeftijdsgroep. Het wil ondersteuning bieden aan oudere mensen, maar ook de capaciteiten versterken van de mensen die (op professionele basis of anders) voor hen zorgen.

Het 'Centre de Prévention du Suicide' (Steekkaart 3.3.5) en zijn Nederlandstalige tegenhanger het 'Centrum voor Zelfmoordpreventie' besteden dan weer bijzondere aandacht aan de opstapeling van psychosociale, omgevingsgebonden (geschiedenis van het gezin, enz.) en sociaal-culturele (sociale begeleiding, 'coping', enz.) risicofactoren. De telefonische permanentiedienst ontvangt subsidies van de Franse Gemeenschapscommissie en is actief in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waalse Gewest.

## 2.1.2 Versterking van de buurt

Deze vorm van interventie gaat ervan uit dat maatschappelijke uitsluiting een onderliggende oorzaak is van sociaal-economische ongelijkheid op het vlak van gezondheid. Wanneer mensen door niet deel te nemen aan het sociaal-economische leven een gebrek kennen aan waardigheid en zelfrespect, heeft dat gevolgen voor hun gezondheid. De interventies op dit niveau zijn bedoeld om de maatschappelijke cohesie en de onderlinge steun in de buurten te versterken. Dergelijke interventies zijn ofwel gericht op horizontale cohesie, nl. de onderlinge cohesie tussen de leden van een welbepaalde buurt of bevolkingsgroep, ofwel op verticale cohesie, nl. de cohesie tussen de verschillende sociaaleconomische groepen in de samenleving.

Onder verticale cohesiemaatregelen vallen onder meer de maatregelen gericht op doelgroep participatie, zoals de inschakeling van ervaringsdeskundigen op het vlak van armoede in overheidsinstellingen (Steekkaart 2.1.9) en de beleidsparticipatie van verenigingen van kansarmen.

Een strategie die bijdraagt tot horizontale cohesie is bijvoorbeeld de 'community oriented primary care'<sup>4</sup>, zoals die wordt toegepast door de wijkgezondheidscentra. Dit is een aanpak waarbij in overleg met de plaatselijke bevolking een 'community diagnosis' of gemeenschapsdiagnose wordt geformuleerd

op basis van patiëntengegevens en statistische gegevens, waarna er samen met de bevolking een actieplan wordt ontwikkeld om de vastgestelde problemen gezamenlijk aan te pakken en waarbij de oplossingen ten slotte ook worden geëvalueerd.

Die gemeenschappelijke aanpak vormt ook een basiselement in de werkwijze van de 'Maisons médicales', die steeds vaker opduiken in de wijken van de Franse Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Er zijn ook talrijke lokale initiatieven die werken volgens een gemeenschappelijke aanpak op het vlak van gezondheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor de initiatieven voor gezondheidspromotie, die zich ofwel richten tot een specifieke doelgroep (meestal jongeren) in verband met klassieke onderwerpen als roken, drugs, voeding, lichaamsbeweging of seksualiteit en hiv en aids; ofwel op een ruimer publiek maar dan over specifieke onderwerpen die meestal verband houden met zogenaamde welvaartsziekten (diabetes, kanker, hart- en vaatziekten, vergrijzing, enz.). De thema's houden uiteraard verband met de prioriteiten van de gemeente en hangen grotendeels af van de dynamiek van het plaatselijke netwerk van verenigingen. Dit netwerk krijgt soms de steun van internationale projecten zoals het project 'Villes et Provinces Santé' van de Wereldgezondheidsorganisatie WGO (zie Steekkaarten 5.2.1 en 4.2.3) dat 'gezondheid

voor iedereen' wil bevorderen en vooral de plaatselijke solidariteit wil stimuleren.

De methodes die hiervoor worden gebruikt, variëren van het gewoon verspreiden van brochures tot originele en interactieve animatie over lezingen door deskundigen. Typisch voor al deze initiatieven is de gerichte aanpak. Ondanks de oprichting van 'Centres Locaux de Promotion de la Santé' (CLPS) die belast zijn met de coördinatie van de plaatselijke uitvoering van het gemeenschappelijke programma en de gemeenschappelijke plannen voor gezondheidspromotie en afgezien van enkele uitzonderingen, lijkt er nog niet echt sprake te zijn van een programma of een strategie voor gezondheids-sensibilisering (zie Steekkaart 5.2.2). Vast te stellen valt ook dat de meeste plaatselijke initiatieven niet gericht zijn op sociaal-economische verschillen, maar wel hopen die onrechtstreeks te helpen verkleinen. Bovendien valt ook algemeen op dat de meeste initiatieven er maar moeilijk in slagen om de meest achtergestelden te bereiken.

Lokaal beleidsniveau

(4) Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulner H. *Community Oriented Primary Care: health care for the 21st century* - Washington, American Public Health Association, 1998.

### 2.1.3 Verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden en optimalisering van het zorgaanbod.

Deze vorm van interventie gaat ervan uit dat de ongelijkheid op het vlak van gezondheid te wijten is aan verschillen in de leefomgeving. De blootstelling aan maatschappelijke factoren die schadelijk zijn voor de gezondheid, is afhankelijk van de maatschappelijke positie. De klassieke interventies op het vlak van volksgezondheid op dit niveau hebben betrekking op de toegang tot huisvesting, gezonde voeding, veiligheid op het werk, toegang tot gezondheidszorg en maatschappelijke zorg.

#### 2.1.3.1 Verbetering van de dagelijkse leef- en werkomgeving

Het Gemeenschappelijk Operationeel Plan voor Gezondheidspromotie (le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé) van de Franse Gemeenschap pleit voor een globale benadering van gezondheid en vermeldt als krachtlijnen de factoren die verband houden met de levenswijze en de leefomgeving.

Die bewustwording blijkt ook uit enkele initiatieven op het terrein. Met de oprichting van een 'Groene Ambulance' (Ambulance Verte) heeft de Regionale Interventiecel voor Interne Vervuiling een benadering ontwikkeld die rekening houdt met de invloed van de woonomstandigheden bij het ontstaan van ziekten. Door een samenwerking tussen diverse medisch-maatschappelijke actoren maakt deze groene ambulance

een chemisch-biologische en maatschappelijke analyse van een woning mogelijk wanneer er een vermoeden bestaat van intoxicatie of astma (Steekkaart 3.2.1). In Vlaanderen is het Vlaams Milieukundig Netwerk gericht op de primaire en secundaire preventie van gezondheidsproblemen ten gevolge van een verontreinigd leefmilieu.

Op lokaal niveau werden hiervoor de Logo's (loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie) bemand met medisch milieukundigen. Deze MMK's vangen vragen en klachten op die verband houden met gezondheid en milieu en kunnen ook zelf dreigende of bestaande milieugerelateerde gezondheidsrisico's signaleren, zoals de onbewoonbaarheid van een woning.

In Vlaanderen probeert men op het niveau van steden en gemeenten via het Lokaal Sociaal Beleid de toegang tot sociale grondrechten (o.a. gezondheid) te optimaliseren.

#### 2.1.3.2 Verbetering van de toegankelijkheid van diensten en voorzieningen met een positieve invloed op de gezondheid

2.1.3.2.1 Financiële toegankelijkheid  
Het Belgische systeem van gezondheidszorg wordt onder meer gekenmerkt door een ruim aanbod van zorgverleners en verzorgingsinstellingen zonder wachtlijsten, door de vrije artskeuze van de patiënt en de therapievrijheid van de zorgverlener. Of patiënten de beschikbare ge-

zondheidszorg ook effectief kunnen betalen, hangt echter af van enerzijds individuele (patiëntgerelateerde) factoren, zoals de hoeveelheid benodigde en gebruikte gezondheidszorg en de financiële draagkracht, en anderzijds externe factoren: de prijszetting van de verstrekkingen op het vlak van gezondheidszorg en de verzekeraarbaarheid (van de patiënt), de vergoedbaarheid (van de gezondheidsverstrekking) in het kader van de ziekteverzekering en het systeem waarin zorgverleners betaald worden. We gaan hier verder in op het overheidsbeleid inzake financiële toegankelijkheid met betrekking tot elk van deze bepalende factoren.

#### Prijszetting

Aangezien geneesmiddelen een belangrijke uitgavenpost vormen binnen het gezondheidsbudget van zowel de patiënt als de overheid, zijn enkele van de voornaamste maatregelen die ingrijpen op de prijszetting van prestaties in de gezondheidszorg te vinden binnen het geneesmiddelenbeleid. Het gaat om verplichte prijsverminderingen voor oudere geneesmiddelen, de aansporing tot prijsvermindering door een gunstigere terugbetaling te voorzien voor goedkope geneesmiddelen (referentietrugbetaling, Kiwi-model), de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag van artsen d.m.v. het opleggen van een minimumpercentage voor voorschriften voor goedkope geneesmiddelen.

## Verzekerbaarheid

Vandaag is meer dan 99% van de in België verblijvende personen aangesloten bij de ziekteverzekering. Deze hoge dekkinggraad is mede te danken aan de maatregelen die in 1997 zijn genomen met het oog op de veralgemening en versoepeling van de toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging (Koninklijke Besluiten van 24.04.1997 en 29.12.1997). Sinds 1997 zijn mindervaliden, studenten, gewezen koloniale ambtenaren, leden van kloostergemeenschappen en niet-beschermde personen als daklozen en bestaansminimumtrekkers ondergebracht in het algemene stelsel voor werknemers of het stelsel van de zelfstandigen. De 'residuaire regelingen' waar zij voorheen onder vielen, zijn afgeschaft. De administratieve en financiële regels voor de inschrijving, herinschrijving en betaling van de maandelijkse persoonlijke bijdrage zijn sinds 1997 eveneens grondig gewijzigd. Rechthebbers met een bestaansminimum, een gelijkaardige bijstand of een jaarlijks inkomen dat lager ligt dan het jaarbedrag van het bestaansminimum, evenals alle personen die ten laste vallen van deze personen, kregen automatisch toegang tot het algemene stelsel, zonder betaling van een bijdrage. Ook buitenlanders hebben onder bepaalde voorwaarden toegang gekregen tot het stelsel, voorheen waren zij automatisch uitgesloten.

## Vergoeding

- Louter prestatiegerichte vergoeding

Voor elke afzonderlijke verstrekking van zorg beslist de overheid op basis van gezondheidseconomische overwegingen of de prestatie in aanmerking komt voor vergoeding door de ziekteverzekering. In het bevestigende geval bepaalt zij ook welk gedeelte van de prijs vergoed wordt en welke voorwaarden daar tegenover staan. De overheid bepaalt dus welke gezondheidskosten de patiënt uiteindelijk zelf moet dragen en welke niet. Het persoonlijke aandeel of 'remgeld' in de kosten van vergoede verstrekkingen bedraagt in principe 25%, maar kan hoger of lager liggen naargelang van het type van geneeskundige prestatie. Het algemeen vergoedingsbeleid is met andere woorden prestatiegericht.

De keuzes die de overheid binnen dit vergoedingsbeleid maakt, variëren (in principe) niet naargelang van de sociaaleconomische situatie van de betrokken patiënt, maar toch zijn deze keuzes des te belangrijker voor mensen met een beperkte financiële draagkracht. Wanneer de overheid bijvoorbeeld beslist om bepaalde vaccins volledig te vergoeden, heeft dit tot gevolg dat ook de armste mensen financiële toegang hebben tot vaccinatiecampagnes die anders te duur voor hen zouden zijn. Vaccins tegen polio, difterie, tetanus, kinkhoest, hepatitis B, haemophilus in-

fluenza van type B, mazelen, bof, rodehond en meningocok van serogroep C zijn namelijk kosteloos. Vanaf 1 januari 2007 is ook het vaccin tegen pneumokokken kosteloos (voor kinderen van minder dan twee jaar en mits bepaalde voorwaarden). In het kader van de preventie wordt ook om de twee kalenderjaren een gratis preventief mamмоgrafisch onderzoek aangeboden aan vrouwen van 50 tot 69 jaar die nog niet voor borstkanker werden behandeld.

Terwijl de vergoeding van deze preventieverstrekkingen (minstens gedeeltelijk) voor rekening komt van de federale ziekteverzekering, behoort de organisatie van de preventiecampagnes tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Deze organisatie heeft een belangrijke invloed op de andere dan financiële toegankelijkheid van de preventie, die later wordt besproken.

Een ander voorbeeld is de terugbetaling van werkelijk innoverende geneesmiddelen ondanks hun enorm hoge kostprijs, dankzij de verhoging van het budget voor geneesmiddelen.

Een maatregel die het persoonlijke aandeel van de patiënt bijkomend verlicht, en die zowel arts- als patiëntgericht is, is het globaal medisch dossier. Dit 'GMD' is een geheel van relevante medische, sociale en administratieve gegevens over een patiënt, dat wordt beheerd door de behandelende geneesheer en dat mits toestemming

Regionaal beleidsniveau

van de patiënt overgemaakt wordt aan andere behandelende artsen. Het doel bestaat erin de kwaliteit van de verstrekte zorg te verbeteren en overlappingen bij medische handelingen en tegenstrijdige voorschriften te vermijden. Sinds 1 mei 2002 kan iedere burger die dit wenst, een globaal medisch dossier laten aanleggen bij de huisarts van zijn keuze. Om dit aan te moedigen, heeft de overheid een remgeldvermindering van 30% voor de patiënt voorzien voor elke raadpleging van een huisarts met gebruik van het GMD.

- Doelgroepgerichte vergoeding

De hierboven besproken vergoedingsreglementering geldt op gelijke wijze voor iedereen, maar in bepaalde gevallen bestaan deze algemene vergoedingsmaatregelen niet om de gezondheidszorg voldoende financieel toegankelijk te maken. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de persoonlijke factoren die de financiële toegankelijkheid bepalen, zoals het persoonlijke verbruiksprofiel en de financiële draagkracht van de patiënt, de financiële toegang meer belemmeren dan gemiddeld wordt verwacht. Concreet doet zich dit voor wanneer mensen uitzonderlijk veel nood hebben aan gezondheidszorg en/of zich in een extra moeilijke financiële situatie bevinden. Om tegemoet te komen aan deze patiëntgerelateerde problematiek, heeft de overheid corrigerende maatregelen uitgevaardigd die inspelen op de uitzonderlijke zorgbehoefte of op

de preciaire sociaaleconomische situatie van de betrokken patiënt.

- uitzonderlijke zorgbehoefte

Voorbeelden van financiële corrigerende maatregelen die inspelen op uitzonderlijke zorgbehoeften, zijn het forfait voor chronisch zieken, het incontinentieforfait, het forfait voor palliatieve zorg en het PVS-forfait (voor comateuze patiënten). Hier ontvangen patiënten periodiek een vast bedrag wanneer zij aan specifieke voorwaarden voldoen op het vlak van medische zorgbehoefte. Om het forfait voor chronisch zieken te ontvangen, moeten patiënten bovendien voldoen aan een remgeldvoorwaarde (overschrijding van een drempelbedrag aan jaarlijks betaald remgeld).

Met het oog op de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg vinden we ook op Vlaams niveau corrigerende maatregelen die inspelen op uitzonderlijke zorgbehoeften. Terwijl de federale overheid forfaits ter dekking van medische kosten voorziet (zie hoger: forfait voor chronisch zieken enz.), voorziet de Vlaamse overheid forfaits ter dekking van niet-medische kosten, namelijk in het kader van de Vlaamse zorgverzekering. Zwaar zorgbehoevenden in Vlaanderen en Brussel ontvangen na erkenning maandelijks een forfait voor de kosten van mantel- en thuiszorg of residentiële zorg.

Naast de forfaitaire tegemoetkomingen die per definitie niet prestatiegericht zijn, zijn er ook prestatiegerichte tegemoetkomingen die zich richten tot patiënten met welbepaalde uitzonderlijke zorgbehoeften. In het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds worden onder zeer strikte voorwaarden bepaalde prestaties geheel of gedeeltelijk vergoed die in de gewone vergoedingsreglementering helemaal niet gedekt zijn: het gaat enerzijds om dure medische verstrekkingen die bestemd zijn voor de behandeling van chronisch zieke kinderen, zeldzame indicaties of zeldzame ziektes of die kunnen worden beschouwd als innovatieve technieken, en anderzijds om in het buitenland verleende medische zorg. Al deze maatregelen maken geen onderscheid naargelang van de sociaaleconomische situatie van de betrokkenen; ze voorzien geen extra bescherming voor mensen uit sociaaleconomisch lagere klassen. Ze hebben dus geen rechtstreekse invloed op sociale ongelijkheden in gezondheid, uitgaande van het verklaringsmodel 'arm maakt ziek'. Maar deze maatregelen kunnen wel ingrijpen op het omgekeerde 'ziek maakt arm'-mechanisme, waar mensen door hun uitzonderlijke zorgbehoefte en de ermee gepaard gaande kosten in een negatieve sociaaleconomische spiraal terechtkomen en/of moeten verzaken aan de verzorging die zij nodig hebben.

- Precaire sociaaleconomische situatie

Daarnaast bestaan er corrigerende maatregelen die de financiële drempels tot de gezondheidszorg extra willen verlagen voor personen die zich in een preciaire sociaaleconomische situatie bevinden.

Allereerst is er de maatregel waardoor patiënten zich bij raadpleging van een huisarts, specialist of tandarts kunnen beperken tot de betaling van het persoonlijke aandeel, namelijk het deel van de kosten waarin de ziekteverzekering niet tegemoetkomt; dit is een uitzonderlijke toepassing van de derdebetalersregeling (zie Steekkaart 2.1.6). De patiënten hoeven dus het overige gedeelte van de prijs, het bedrag dat wordt vergoed door de ziekteverzekering, niet voor te schieten zoals normaal gezien vereist is in het systeem van de 'terugbetaling a posteriori'. Naast een reeks alternatieve voorwaarden met betrekking tot de patiënt (sociaal statuut, financiële situatie, ...) of de zorgverlenende instelling (wijkgezondheidscentra, voorlichtingscentra, huisartsenwachtpost, ...), wegen op deze uitzonderingsregeling ook een aantal niet te verwaarlozen administratieve voorwaarden, die te vervullen zijn door de betrokken zorgverlener.

In de hoogte van het te betalen persoonlijke aandeel komt een andere maatregel tussen: de verhoogde tegemoetkoming of het zogenaamde

voorkeurtarief (zie Steekkaart 2.1.4). De ziekteverzekering voorziet een grotere tegemoetkoming in de kosten – en de patiënt betaalt derhalve een kleiner persoonlijk aandeel – voor het verblijf in een ziekenhuis, de consultatie van zorgverleners, bepaalde technische verstrekkingen en geneesmiddelen. Dit is mogelijk onder bepaalde voorwaarden die zowel betrekking hebben op het sociale statuut als op het inkomen van de betrokkene (cumulatieve voorwaarden).

Ten slotte treedt ook een uitgavenplafond in werking: zodra het bedrag aan jaarlijks uitgegeven remgeld voor bepaalde medische prestaties (verblijf in een ziekenhuis, consultatie van zorgverleners, bepaalde technische verstrekkingen, magistrale bereidingen, implantaten, enterale voeding voor kinderen en noodzakelijke geneesmiddelen) een bepaald grensbedrag overschrijdt, hoeft de betrokken patiënt met zijn gezin voor de rest van het betrokken kalenderjaar geen remgeld meer te betalen voor deze verstrekkingen (zie Steekkaart 2.1.5). Om van deze maximumfactuur te genieten, moet het betrokken gezin voldoen aan voorwaarden omtrent sociaal statuut of jaarlijks inkomen (alternatieve voorwaarden).

Al deze corrigerende maatregelen hebben het gemeenschappelijke kenmerk dat zij selecteren op de sociaaleconomische situatie van de betrokkene. Die selectiviteit brengt zoals altijd met zich

mee dat de maatregelen een deel van de doelgroep missen. Mensen die niet in een vooraf afgebakende kwetsbare sociale categorie vallen, maar toch een even reële behoefte hebben aan extra financiële steun voor gezondheidszorg, vallen uit de boot. Daarom is er de laatste jaren een tendens om de voorwaarden die verband houden met het sociaal statuut van de patiënt, weg te werken of te verzachten. We hebben dit gezien in de omschakeling van de sociale franchise naar de combinatie van sociale maximumfactuur en inkomensmaximumfactuur (zie Steekkaart 2.1.5), en we zien dit ook sinds 1 juli 2007 in de omschakeling van het RVV-statuuut (Rechthebbende Verhoogde Tegemoetkoming) naar het OMNIO-statuuut (zie Steekkaart 2.1.4). De inkomensvoorwaarde blijft echter gelden voor zowel de verhoogde tegemoetkoming als de maximumfactuur.

Deze bijkomende vergoedingsmaatregelen zijn niet alleen doelgroepgericht maar ook prestatiegericht en ze zijn slechts beperkt tot een selectie van vergoedbare geneeskundige verstrekkingen. De niet-medische verstrekkingen voor gezondheidszorg (bv. psychotherapie door niet-medische hulpverleners, aangepast vervoer, hulp in het huishouden, ...), de niet-vergoedbare medische verstrekkingen (bv. pijnstillers) en de vergoedbare medische verstrekkingen die niet binnen de selectie van de betrokken maatregel vallen (bv. medische hulpmiddelen zoals een bril), zijn even duur voor arm en rijk.



Daarnaast bestaat er een aantal residu-aire maatregelen die alle nog overblijvende lacunes in financiële toegankelijkheid trachten op te vullen door middel van een bijkomende financiële tegemoetkoming, maar dan beperkt tot bepaalde aandoeningen en bepaalde doelgroepen. BELTA-TBnet (Steekkaart 2.1.2) is zo'n financiële vangnetmaatregel, gericht op de behandeling van tuberculose, die open staat voor onder meer patiënten zonder sociale dekking.

Andere aanpassingen aan het betalingsstelsel kunnen soms worden beslist op het niveau van de structuur zelf. De Sociale Intercommunale van Waals-Brabant (Steekkaart 4.2.1), die steun organiseert voor gezinnen of gehandicapten en de Provinciale Begeleidingscentra, die een symbolisch tarief toepassen voor hun consultaties op het vlak van geestelijke gezondheid (Steekkaart 4.2.5), zijn daar twee voorbeelden van.

Bijzondere vermelding verdient hier het Belgische stelsel van toegang tot 'dringende medische hulpverlening' voor mensen zonder papieren (KB 12.12.96) dat opvang biedt aan een heel kwetsbare groep. (Zie Steekkaart 3.2.2)

### Betalingssysteem

Ten slotte zijn er ook maatregelen die dieper ingrijpen in het ziektekostenstelsel. Eerder dan de vergoeding te moduleren op maat van de patiënt, grijpen deze maatregelen in op het betalingssysteem

dat mee aan de basis ligt van de te vergoeden ziektekosten. Het 'courante' stelsel waarop alle voormelde algemene en bijzondere vergoedingsmaatregelen zijn gesteund, is namelijk de prestatie-geneeskunde, waar de zorgverlener betaald wordt per prestatie. De ziektekosten worden daar finaal bepaald door het aantal en de soort prestaties die de zorgverlener levert aan de patiënt. Een alternatief hiervoor is de forfaitaire geneeskunde, waar zorgverleners per patiënt een vast bedrag krijgen en waar de overeenkomstige ziektekosten per patiënt dus forfaitair vastligt ('capitation'). De forfaitaire geneeskunde is een drempelverlagend stelsel dat niet selectief is op het vlak van zorgbehoefte, noch op het vlak van sociaaleconomische situatie (zie Steekkaart 2.1.8). Patiënten betalen in dit stelsel geen enkel persoonlijk aandeel meer in de kosten van de zorgverstrekking. De toepassing van dit stelsel is echter beperkt tot de consultaties en huisbezoeken van huisarts, kinesist en verpleegkundige. Dit stelsel wordt daarom voor de overige geneeskundige verstrekkingen gecombineerd met het 'courante' stelsel van de prestatie-geneeskunde, waarop de zonet besproken corrigerende maatregelen in financiële toegankelijkheid van toepassing zijn. De forfaitaire geneeskunde in de eerste lijn wordt voornamelijk toegepast door de wijkgezondheidscentra en 'Maisons médicales' en door andere groepspraktijken (zie verder) en bereikt momenteel ongeveer 150.000 mensen.

2.1.3.2.2 Andere dan financiële toegankelijkheid: informatieve, administratieve en logistieke toegankelijkheid en psychologische, sociale en culturele toegankelijkheid.

Er zijn ad-hocstructuren die de bijdrage van de eerstelijnszorg aanvullen in de strijd tegen sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid door zich specifiek te richten op mensen die uitgesloten zijn. Zo heeft met name het netwerk Geestelijke Gezondheid en Maatschappelijke Uitsluiting een cel voor medisch-sociale steun opgezet die zich toespitst op de doelgroep van de armsten (Steekkaart 3.3.6). Verder te vermelden zijn de medische permanentiedienst voor achtergestelde bevolkingsgroepen opgezet door Artsen zonder Grenzen, Dokters van de Wereld en ATD Vierde Wereld in Antwerpen, in Brussel en in de Franse Gemeenschap.

Daarnaast bestaat ook de nood om rekening te houden met taalkundige of culturele factoren die zowel invloed hebben op de relatie tussen verzorger en verzorgde als algemeen op de problematiek van de toegang tot zorg. Er zijn verschillende onderzoeken die hebben gewezen op de gevolgen van taalbarrières voor de gezondheidstoestand, voor de diagnose en de behandeling, voor het gebruik van diensten en voor overconsumptie van gespecialiseerde diensten, voor de toename van het risico van hospitalisering en ook voor een sterk verminderde toegang tot diensten van geestelijke gezondheidszorg. Door inter-



culturele bemiddeling en sociale tolken-diensten (Steekkaart 2.1.14) tracht men de communicatie tussen immigranten en zorgverleners te bevorderen via vertaling, bemiddeling, informatie en voorlichting.

Voor lokale maatregelen die gericht zijn op de inclusie van etnische en culturele minderheden, bijvoorbeeld door vergroting van de culturele toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen, schept het Vlaams minderhedendecreet een belangrijk kader (zie '2.2.3. Intersectoraal overleg / monitoring').

We moeten vaststellen dat er nog altijd heel weinig rekening wordt gehouden met de factor 'gender'<sup>5</sup>. Zo blijkt uit de conclusies van een onderzoek van de VUB waarbij een groep van 45 deskundigen op het vlak van volksgezondheid werd bevraagd<sup>6</sup> dat 'zorgverstrekkers zich over het algemeen niet voldoende bewust zijn van de verschillen tussen mannen en vrouwen. Dit heeft gevolgen voor de diagnose, de behandeling en de opvolging van patiënten, in het bijzonder van allochtone vrouwen. Binnen de sociale zekerheid valt er trouwens ook een duidelijke discriminatie vast te stellen tussen mannen en vrouwen, die ongetwijfeld toe te schrijven is aan het gebrek aan sensibilisering voor dit probleem'.

De minister van Volksgezondheid stelde al in 2000<sup>7</sup> vast dat er in de gezondheidszorg te weinig rekening wordt gehouden

met gender. In 2005 vroeg een rapport met de titel 'Aandacht voor verschillen en ongelijkheid op het vlak van gender in het gezondheidsbeleid in België'<sup>8</sup> aandacht voor het feit dat een volksgezondheidsbeleid dat rechtvaardiger maar ook doeltreffender wil zijn, meer aandacht moet besteden aan een genderanalyse.

Afgezien van de louter 'principiële' transversale aandacht voor gender in de initiatieven op het vlak van preventie en wetenschappelijk onderzoek, vond het vermelde onderzoek geen enkel initiatief of geen enkele maatregel die aandacht heeft voor de impact van genderverschillen op de toegang tot informatie, de toegang tot zorg of op de relatie tussen verzorger en verzorgde. Ondanks de bekende impact van het fenomeen van de vervrouwelijking van de armoede is een 'genderaanpak' nog niet echt geïntegreerd in de initiatieven op het vlak van sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid.

#### 2.1.4 Macrosociaal, -cultureel en -economisch beleid

De oorzaak van de sociaaleconomische ongelijkheid op het vlak van gezondheid is ook te zoeken in de macro-economische, -culturele en -omgevingsfactoren die gelden in een land. Die omstandigheden hebben een impact op het levenspeil van diverse bevolkingsgroepen, op de inkomensverschillen, de werkloosheidscijfers, enz.

De voorziene interventies op macroniveau zijn bedoeld als ingrepen om de armoede en de gevolgen van die armoede op het vlak van ongelijkheid in gezondheid te beperken.

Op dit terrein worden verschillende initiatieven genomen, zoals het activeeringsbeleid ten aanzien van werklozen, projecten van sociale woningbouw en stadsvernieuwing en projecten tot optimalisering van de integratie van sociaal kwetsbare groepen in het onderwijs.

Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen wordt bij dit soort projecten slechts uitzonderlijk als expliciete doelstelling geformuleerd. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat het terugdringen van SEGV (nog) niet als sectoroverstijgend thema is opgenomen op de politieke agenda en met de pragmatische, incrementele benadering die typisch is voor onze beleidscultuur.

(5) 'Gender' is te definiëren als de maatschappelijk bepaalde rollen en verantwoordelijkheden die zijn toegewezen aan mannen en vrouwen in een bepaalde cultuur, op een bepaalde plaats, in een bepaalde samenleving en op een bepaald tijdstip. In tegenstelling tot sekse, wat een biologische en onveranderlijke factor is, is gender een 'sociale constructie', die varieert naargelang van de tijd en de plaats.

(6) Van Roelen C., Smeets T., Louckx F., Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg, Vakgroep Medische Sociologie,

Faculteit van Geneeskunde en Farmacie, VUB.

(7) Analytisch verslag van de vergadering van de Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 23 mei 2000.

(8) Aandacht voor verschillen en ongelijkheid op het vlak van gender in het gezondheidsbeleid in België: elementen voor een reflectie, Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, 2005 (niet-gepubliceerd).

## 2.2 Ondersteunende maatregelen die een kader scheppen voor meer concrete maatregelen

### 2.2.1 Onderzoek en informatie

Er zijn verschillende initiatieven die trachten meer inzicht te verwerven in de sociale gezondheidsverschillen, in de omringende problematiek van armoede en sociale uitsluiting en in de maatschappelijke reacties daarop. Het is ook de bedoeling om hieruit de juiste lessen te trekken met het oog op het toekomstige beleid.

Er zijn al diverse wetenschappelijke projecten en studies uitgevoerd in verband met sociale ongelijkheid in gezondheid. In dalende orde van frequentie handelden deze studies over de volgende onderwerpen: de sociale gezondheidsverschillen zelf; de factoren die sociale gezondheidsverschillen bepalen, waaronder knelpunten in de toegang tot gezondheidszorg; de aan te bevelen strategieën voor een toekomstig beleid inzake sociale ongelijkheid in gezondheid; de effectiviteit en kostenefficiëntie van al genomen maatregelen vanuit het oogpunt van sociale ongelijkheid in gezondheid. Deze studieprojecten zijn onderling niet gecoördineerd, maar berusten op uiteenlopende initiatieven, vanuit overheidsdiensten en -instellingen op verschillende beleidsniveaus, wetenschappelijke adviesorganen, universiteiten, landsbonden van mutualiteiten, belangenorganisaties van zowel

patiënten als zorgverleners, andere vzw's, stichtingen, ... De resultaten van de nationale gezondheidsenquêtes in België vormen een belangrijke informatiebron voor tal van studies.

Wetenschappelijke initiatieven op federaal niveau zijn bijvoorbeeld het onderzoeksprogramma 'Sociale Cohesie' van de POD Wetenschapsbeleid, waarbinnen bepaalde studies zijn gevoerd met betrekking tot sociale ongelijkheid in gezondheid (zie Steekkaart 2.1.3), het EUROTINE-project (zie Steekkaart 2.1.10), het TAHIB-project (zie Steekkaart 2.1.11); het federale project in verband met de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (minister F. Vandenbroucke); de oprichting van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg en de onderzoeksactiviteiten van dit centrum in het domein van de billijkheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg (zie Steekkaart 2.1.13).

Studies op Vlaams niveau zijn bijvoorbeeld die van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, zoals 'De rol van gezondheidspromotie bij de aanpak van ongelijkheden op het vlak van gezondheid' (zie Steekkaart 3.1.2).

De rol van de 'Observatoires de Santé' die zijn opgericht in twee Waalse provincies (Henegouwen en Luxemburg) en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, verdient bijzondere aandacht.

Deze structuren vormen namelijk permanente onderzoekscentra op het vlak van gezondheid. Met het oog op de specifieke gezondheidssituatie in de provincie Henegouwen (die voor veel gezondheidsindicatoren slechter scoort dan het nationale gemiddelde) heeft het 'Observatoire de Santé' van Henegouwen de SEGV tot een van zijn belangrijkste onderzoeksthema's gemaakt. Het 'Observatoire de Santé' van Brussel Hoofdstad, dat zich toespitst op het thema van de armoede, besteedt ook steeds meer aandacht aan verschillen op het vlak van gezondheid. Bij het Luxemburgse Observatorium komt dit thema dan weer nauwelijks aan bod (Steekkaarten 4.2.6, 4.2.7).

De 'Observatoires de Santé' en ook andere onderzoekscentra op gemeenschaps- of provinciaal niveau (ULB-Promes, UCL-Reso, CEDORES, Educa-santé, enz.) kunnen worden omschreven als 'bemiddelende structuren': enerzijds analyseren zij de gegevens die zijn ingezameld op het terrein en stellen die ter beschikking van beleidsmakers en anderzijds zorgen zij voor de versterking van de vaardigheden van de gezondheidswerkers en andere actoren op het terrein. (Steekkaart 4.2.2)

Regionaal beleidsniveau

Provinciaal beleidsniveau

## 2.2.2 Multidisciplinair overleg / netwerking

Zowel voor de initiatieven op het vlak van gezondheidspromotie als voor die op het vlak van eerstelijnsgezondheidszorg lijkt het opzetten van netwerken een aan te bevelen stap. Netwerking wordt voorgesteld als een goede strategie om enerzijds de toegang tot gezondheidszorg en anderzijds alle zorgverstrekking, van preventieve tot curatieve zorg te verbeteren. De bedoeling van 'netwerking' is vooral voordeel halen uit diverse al bestaande initiatieven –zowel van de overheid als van de particuliere sector. Meestal werkt een netwerk rond één thema en spitst het zich toe op een bepaalde doelgroep (kansarmen, oudere personen, enz.) of op een specifieke pathologie (verslaving, seksuele gezondheid, enz.).

De oudste netwerken zijn ontstaan uit een proces vanuit de basis (bottom-up) waarbij de rol en de ervaring van de actoren op het terrein de belangrijkste rol speelt. Zij stellen zich het ambitieuze doel om de gezondheid te 'verzekeren'; dat wil zeggen ervoor zorgen dat de kosten worden gedekt, ervoor zorgen dat opvolging mogelijk is tot een behandeling is afgerond, het individu begeleiden en doorverwijzen naar andere specialisten indien dat nodig blijkt, beter luisteren naar de patiënten, voldoende kennis hebben van wat mensen meemaken, 'ter plaatse gaan' om te zien in welke omstandigheden de patiënten leven, maar ook toezien op de (voldoende soepele) coördinatie van de acties waarbij elke sociale controle wordt vermeden'.<sup>9</sup>

Zo is het groene nummer voor ouderen

in het Waalse Gewest bijvoorbeeld ontstaan door de herschikking van een aantal vzw's die uiteindelijk een netwerk zijn gaan vormen om hun diensten uit te breiden over het volledige gewest (Steekkaart 3.4.3). Deze vorm van netwerk heeft een belangrijke maatschappelijke component die min of meer achtergestelde patiënten aan het woord wil laten over hun levenssituatie die gevolgen heeft voor hun gezondheidstoestand.

In het geval van de 'Relais santé' (gezondheidsbemiddeling) wordt de component gezondheid toegevoegd aan een netwerk van sociale bemiddelaars ('Relais sociaux') dat al eerder was opgezet door de gewestelijke overheid. De ervaring en het denkwerk dat de stad Luik heeft verricht in verband met het probleem van uitsluiting uit de gezondheidszorg heeft hierbij een essentiële rol gespeeld (Steekkaart 3.4.1).

In Wallonië wordt gezondheidsbemiddeling via de 'Relais santé' tegenwoordig systematisch ingeschakeld in de sociale bemiddeling. Dit wijst op het ontstaan van een tweede vorm van netwerken, die veel sterker zijn gestructureerd en die voortkomen uit een wens tot coördinatie van bovenaf. Deze netwerken zijn daardoor niet meer rechtstreeks gebaseerd op de noden van de doelgroep; maar wel op een verlangen om 'de helpenden te helpen' door hen uit hun isolement te halen, door uitwisseling te bevorderen en door hun vaardigheden te versterken.<sup>10</sup>

Op het vlak van preventie en zorg in geval

van verslaving wordt de netwerking van verenigingen bijvoorbeeld gepromoot door het Waalse Gewest, dat zelfs zo ver gaat om daar vanaf 2007 een voorwaarde voor subsidiëring van te maken (Steekkaart 3.4.4).

Onder 'netwerking' verstaat men doorgaans het eerstvermelde type van netwerken, dat van onderuit is ontstaan uit vrijwillige samenwerking. Voor het tweede type van netwerken, dat van bovenaf is gereguleerd, wordt eerder de term 'multidisciplinair overleg' gebruikt. Zowel op het vlak van gezondheidszorg, ziektepreventie én gezondheidspromotie zien we tegenwoordig een tendens naar meer multidisciplinair overleg, wat niet alleen de efficiëntie maar ook de toegankelijkheid van de zorg ten goede komt. We denken hierbij vooral aan de informatieve, administratieve en logistieke toegankelijkheid van gezondheidszorg.

Het Vlaams Besluit inzake Gezondheidspromotie van 1991 en het Decreet betreffende het Preventieve Gezondheidsbeleid van 2004 hebben getracht om de versnippering in gezondheidsbevorderende initiatieven tegen te gaan. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) werd opgericht in 1991 en is geëvolueerd van een coördinerende en ondersteunende instelling naar een expertisecentrum. De Vlaamse overheid heeft geleidelijk aan een meer sturende rol op zich genomen door gezondheidspromotie

Regionaal beleidsniveau

(9) Doumont D., Ajoulat I., Deccache A., *L'exclusion de la santé : comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent*, UCL RESO, december 2000.

(10) Bertolotto F., Joubert M., *L'approche des cumuls de fragilités (sanitaires, sociales, juridiques et institutionnelles). Les migrants et la santé: leçons d'une évaluation*, in *Revue Prévenir*, nr. 32, 1997, pp 83-102.

en ziektepreventie in één reglementair kader te integreren en door gezondheidsdoelstellingen te formuleren. Terwijl het VIG op Vlaams niveau het lokale werkveld van de nodige expertise voorziet, wordt de coördinerende en ondersteunende taak verschoven naar het bovenlokale niveau. Hiervoor werden de Logo's opgericht, de loco-regionale samenwerkingsverbanden voor gezondheidsoverleg en -organisatie. De kerntaak van de Logo's is het verhogen van de effectiviteit, de onderlinge afstemming en de duurzaamheid van de gezondheidsbevorderende acties van lokale actoren, zowel in de gezondheidszorg als in andere sectoren zoals welzijn, onderwijs of het bedrijfsleven. Daarbij moeten zij werken aan de vijf Vlaamse gezondheidsdoelstellingen: tabakspreventie, promotie van gezonde voeding, preventie van ongevallen thuis en in het verkeer, vaccinatie en borstkankerscreening. Het beperken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen behoort dus vooralsnog niet tot de expliciete gezondheidsdoelstellingen in Vlaanderen. Anderzijds hebben de Logo's wel de expliciete opdracht om in hun werking prioritaire aandacht te besteden aan kansarme groepen in hun regio.

In de Franse Gemeenschap zijn de 'Centre locaux de promotion de la santé' of lokale centra voor gezondheidspromotie belast met de plaatselijke coördinatie van het vijfjarenplan voor gezondheidspromotie.

Zij bieden ondersteuning en methodologische tools aan de lokale betrokkenen op het vlak van gezondheidspromotie en ook op het vlak van preventie.

Niet alleen op het vlak van gezondheidspromotie, maar ook op het vlak van eerstelijnsgezondheidszorg is er gezocht naar een coördinatievorm op een niveau dat kleinschalig genoeg is om zicht te hebben op specifieke problemen, maar grootschalig genoeg om een efficiënte werking toe te laten. Momenteel wordt het multidisciplinaire overleg voor de eerstelijnsgezondheidszorg enkel gestructureerd op het vlak van de thuisverzorging, namelijk onder de vorm van Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's), die in Vlaanderen samenvallen met de Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging (SIT's). In de Franse Gemeenschap bestaat als equivalent de 'Service Intégré de Soins à Domicile' (SISD). In Vlaanderen zijn de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) in het vooruitzicht gesteld als overlegstructuur en aanspreekpunt voor het volledige aanbod aan eerstelijnsgezondheidszorg in een bepaalde zorgregio. Maar de oprichting ervan laat op zich wachten, wegens het uitblijven van uitvoeringsbesluiten bij het Decreet betreffende de Eerstelijnsgezondheidszorg. (Zie Steekkaart 3.1.6.)

### 2.2.3 Intersectoraal en intergouvernementeel overleg / monitoring

Om een beter inzicht te krijgen in de armoedeproblematiek en het armoedebeleid beter te organiseren, is een aantal opvolgings- en beleidsinstrumenten in het leven geroepen. Daarin is er telkens aandacht voor de toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen voor de sociaaleconomisch zwakkeren.

Eenzijds zijn tal van nieuwe structuren en organen opgericht om het overleg en de coherentie in het armoedebeleid te versterken. Anderzijds werden tal van overzichten en verslagen gemaakt die periodiek een stand van zaken weergeven inzake de armoedeproblematiek en het daaromtrent gevoerde en te voeren beleid, veelal gecoördineerd door de voormelde structuren en organen. De onderliggende filosofie bij de creatie van deze nieuwe instrumenten is dat een geïntegreerde aanpak van de sociale uitsluitingsproblematiek – waarvan ongelijkheid in gezondheid slechts een deelaspect is – dringend nodig is, d.w.z. een multisectoraal en intersectoraal beleid (werkgelegenheid, onderwijs, gezondheid, huisvesting, inkomen) dat steunt op een draagvlak van alle betrokken partijen (overheidsdiensten, maatschappelijk middenveld, bedrijfsleven, wetenschappers, de sociaal uitgesloten personen zelf).

Nieuwe beleids- en overlegstructuren die niet alleen alle relevante beleidssectoren (intersectoraal overleg) maar ook de verschillende Belgische beleidsniveaus verenigen

(intergouvernementeel overleg), vinden we in de Interministeriële Conferentie voor de Integratie in de Maatschappij (1994), het Steunpunt tot Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting (1999), de minister van Maatschappelijke Integratie (1999), de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASes) (2000) en de Intergouvernementele Conferentie (IGC) (2001). Overzichten en verslagen op Belgisch niveau (alle beleidsniveaus) zijn onder meer het Algemeen Verslag over de Armoede en de daaropvolgende vooruitgangrapporten, het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting en de Nationale Actieplannen Sociale Inclusie (NAPincl). Voor een kort historisch overzicht van deze structuren en verslagen: zie Steekkaart 2.1.9.

Regionale overlegstructuren met een intersectorale werking zijn onder meer het Vlaams Permanent Armoedeoverleg en de Interdepartementale Directie voor Sociale Integratie (DIIS) in het Waalse Gewest. Als verslaggeving op regionaal niveau hebben we onder meer de jaarlijkse Vlaamse Actieplannen Armoedebestrijding (zie Steekkaart 3.1.1), de Verslagen inzake de Sociale Cohesie in het Waalse Gewest, de Jaarlijkse Rapporten over de Staat van de Armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Eerste Verslag inzake Armoede in de Duitstalige Gemeenschap.

Een andere inclusieve, intersectorale structuur wordt voorzien door het Decreet inzake het Vlaamse Beleid ten aanzien van Etnisch-Culturele Minderheden, kortweg het Minderhedendecreet (1998).

Het decreet voorziet in een emancipatie-, onthaal- en opvangbeleid dat bedoeld is om de leden van etnisch-culturele minderheden als volwaardige burgers te laten deelnemen aan de Vlaamse samenleving, met de klemtoon op welzijn, gezondheidszorg en onderwijs. De verantwoordelijkheid voor de uitwerking, de coördinatie en de uitvoering van dit minderhedenbeleid ligt bij de provincies en lokale besturen. Er wordt voorzien in de oprichting en subsidiëring van gemeentelijke integratiediensten op basis van een driejaarlijks lokaal beleidsplan voor de opvolging en de lokale coördinatie van de volgende opdrachten: de uitwerking van inclusieve beleidsmaatregelen gericht op de toegankelijkheid van voorzieningen; de organisatie van beleidsparticipatie van de doelgroepen; de organisatie van een onthaal- en opvangbeleid; de communicatie over het gevoerde beleid met de bevolking. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de samenwerking tussen de verschillende beleidssectoren.

Op een breder vlak dan armoedebestrijding en minderhedenbeleid bakent het decreet Lokaal Sociaal Beleid van 19 maart 2004 het kader af voor de uitbouw van een geïntegreerd lokaal sociaal beleid in Vlaanderen, waartoe ook het thema gezondheid behoort. Het decreet stelt de lokale besturen verantwoordelijk voor de uitvoering van de volgende taken: de opmaak van een lokaal sociaal beleidsplan; de coördinatie van het lokale sociale beleid; de realisatie van een Sociaal Huis dat een informatie-, loket- en doorverwijsfunctie heeft voor de burgers; de afsluiting van samenwerkingsprotocollen

tussen erkende voorzieningen onderling of tussen erkende voorzieningen en het lokale bestuur. Bij de realisatie van deze taken wordt gestreefd naar een maximale lokale autonomie. De lokale besturen krijgen in de uitvoering ervan informatieve, logistieke en eventueel ook budgettaire steun van de Vlaamse overheid.

Het Jaarlijks Verslag over de Armoede in Anderlecht is een voorbeeld van een lokaal intersectoraal opvolgingsinstrument in het kader van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting.

## 2.2.4 Financiering

Bepaalde aspecten met betrekking tot de financiering van gezondheidszorg en sociale zekerheid houden rekening met de sociaaleconomische verschillen in de patiëntenpopulatie en de daarmee overeenstemmende verschillen in zorgbehoefte. Je ziet dit bijvoorbeeld in de financiering van de ziekenhuizen en de responsabilisering van de ziekenfondsen.

De financiering van de ziekenhuizen is al vaak het voorwerp geweest van wetswijzigingen. De belangrijkste hervorming was die van juli 2002, die het concept van 'verantwoord bed' invoerde en die een rechtstreeks verband legt tussen de financiering en de activiteiten met betrekking tot de patiënten (en niet met het aanbod en de structuur van de bedden). Deze dynamische patiëntgerichte aanpak komt tegemoet aan de wens tot controle op de uitgaven en tot promotie van een toegankelijke en kwaliteitsvolle ziekenhuisgeneeskunde. De 'referentiebedragen' die worden berekend op basis van de

Regionaal beleidsniveau

Lokaal beleidsniveau

(11) Carton J., *La réforme du financement des hôpitaux, la notion d'activité justifiée, Reflet et perspective de la vie économique*, XLII, 2003, 1.



pathologieën, houden geen rekening met de sociale factoren van een patiënt. Maar de hervorming voorziet wel een bijkomend budget voor ziekenhuizen afhankelijk van het algemeen sociaaleconomische profiel van hun patiënten. Die maatregel berust op de prognose dat een patiënt met een zwak sociaaleconomisch profiel meer kans maakt op een langer verblijf in het ziekenhuis of een meer complexe pathologie. Er zijn bijkomende middelen voorzien voor 20 ziekenhuizen.<sup>11</sup>

De invoering van de financiële verantwoordelijkheid van de mutualiteiten past in de maatregelen van de regering om de verantwoordelijkheid van alle actoren van de sociale zekerheid uit te breiden. In 1995 heeft de federale regering het principe van financiële verantwoordelijkheid van de mutualiteiten ingevoerd (wet van 15 februari 1993). Dit principe voorziet dat de financiering van de mutualiteiten afhankelijk is van de verwachte terugbetalingen, dat wil zeggen van het risicoprofiel van de aangesloten leden. Er zijn vier categorieën van factoren vastgesteld: demografische factoren (leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling, nationaliteit), sociaaleconomische factoren (inkomen, beroepsgroep, werkloosheid), gezondheidstoestand en omgevingsfactoren (verstedelijking, huisvesting, medische diensten). De mutualiteiten moeten elk jaar een begroting in evenwicht hebben. Wanneer er een deficit ontstaat, moet een deel daarvan worden gedekt door een bijdrage voor financiële verantwoordelijkheid, die in dat geval bovenop de bijdragen komt aan de verplichte verzekering en aan de bijkomende verzekering die de leden eventueel hebben betaald.

Uiteraard vormen de jaarlijkse budgetten

voor het gezondheidsbeleid en de sociale zekerheid een belangrijke ondersteuning, maar ook de financiering van het lokale maatschappelijke inclusiebeleid kan een belangrijke rol spelen in de bestrijding van sociale gezondheidsverschillen. Met bepaalde financiële impulsen zetten de federale en regionale overheden de lokale overheden ertoe aan om strategische meerjaren- of jaarplannen op te maken op maat van de betrokken stad of gemeente, met het oog op onder meer het versterken van de sociale cohesie en het dichten van de sociaaleconomische kloof. In dit kader kan er ook aandacht zijn voor de problematiek van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid.

De federale overheid geeft via stadscontracten (Steekkaart 2.1.1) een financiële impuls aan de Belgische grootsteden om de levenskwaliteit in de achtergestelde buurten te helpen verbeteren. Gezondheid vormt één van de vijf thema's waar grootsteden hun beleidsmaatregelen moeten concentreren in het kader van hun stadcontract, naast integratie van achtergestelde wijken in de stad, economie en werkgelegenheid, sociale cohesie en huisvesting. In de stedelijke meerjarenprogramma's die op die manier ontstaan, komen sociale gezondheidsverschillen op zich veeleer zelden aan bod (een voorbeeld van een uitzondering: de gezondheidsbus in Anderlecht). De plannen zijn vooral gericht op de bredere context van sociaaleconomische ongelijkheid in de grootsteden (huisvesting, werkgelegenheid, mobiliteit, sociale en culturele mogelijkheden, ...), waarin ook gezondheidsverschillen zijn ingebed.

De Vlaamse grootsteden en regionale steden genieten van overheidsfinanciering in het kader van het Vlaams Stedenfonds, dat gericht is op de verhoging van de leefbaarheid in de steden, de bestrijding van de dualisering in de samenleving en de verhoging van de kwaliteit van het democratisch bestuur. In ruil voor die financiering sluit elke betrokken stad een beleidsovereenkomst (een meerjarig en resultaatgebonden convenant) met de Vlaamse regering. De problematiek van sociale dualisering in gezondheid valt onder de aangereikte thema's die in deze overeenkomsten aan bod kunnen komen.

Via het Gemeentefonds worden overheidsmiddelen verdeeld over de 325 Vlaamse gemeenten, rekening houdend met de specifieke omstandigheden in elke gemeente, waaronder ook de sociaaleconomische toestand.

Voor zowel het Vlaams Stedenfonds als voor het Gemeentefonds bestaan Waalse en Brusselse equivalenten.

Of deze financiële impulsen daadwerkelijk hebben geleid tot het ontstaan of de uitbreiding van lokale projecten op het vlak van sociale gezondheidsverschillen, moet nog worden onderzocht.

Regionaal beleidsniveau

Lokaal beleidsniveau

## deel 3

### AANDACHTSPUNTEN

- Tot op heden komt het terugdringen van SEGV niet expliciet voor in de beleidsdoelstellingen van de overheid. Dit bemoeilijkt de ontwikkeling van een inclusief intersectoraal beleid.
- SEGV worden vaak beschouwd als een probleem dat uitsluitend te maken heeft met armoede. Waarom is er geen oog voor de sociale gradiënt van de ongelijkheid in gezondheid? Sluit de 'quasi-onzichtbaarheid' van de gezondheidsbehoeften van de sociaaleconomische middenklasse deze mensen niet uit van initiatieven op het vlak van ongelijkheid in gezondheid?
- Er wordt tegemoet gekomen aan de verschillende noden en de mogelijke ongelijkheid tussen de leeftijdscategorieën door middel van specifieke initiatieven voor jonge kinderen, voor tieners en door de groeiende aandacht voor senioren. Maar in vergelijking daarmee krijgen de sociaal-economische verschillen op het vlak van gezondheid tussen mannen en vrouwen alleen transversale of zelfs zuiver symbolische aandacht. Zou het door de systematische combinatie van de genderfactor met andere factoren



van ongelijkheid in gezondheid niet mogelijk zijn om meer aandacht te besteden aan onder andere de feminisering van de armoede, allochtone vrouwen en het gendergebonden karakter van bepaalde ziekten?

- Het opzetten van netwerken tussen de actoren lijkt de uitverkoren strategie om uitsluiting uit de gezondheidszorg op te lossen. Dit wijst enerzijds op de talrijke bestaande initiatieven en ook op hun wil tot samenwerking en anderzijds op de groeiende aandacht voor het belang van een multidisciplinaire aanpak van ongelijkheid in gezondheid. Maar hoe moeten we de sterke toename van netwerken interpreteren? Hoe valt deze veelvoud te verzoenen met de nood om de territoriale aanpak te optimaliseren?
- Er bestaat heel weinig informatie over de doeltreffendheid van de uitgevoerde initiatieven, zowel op het vlak van financiering of coördinatie als van preventie of op curatief vlak. Is de beperking van de ongelijkheid in gezondheid in België alleen maar gebaseerd op goede voornemens of op een echte evaluatie?

- Hoewel het onderzoek steeds meer afgestemd is op het causale verklaringsmodel en zijn onderzoeksveld ook uitbreidt tot sociaalculturele factoren, moeten we ons afvragen of de vaststellingen toch niet al te vaak alleen op papier blijven bestaan, zonder dat er echt actie op volgt.
- In vergelijking met de initiatieven die zich toespitsen op de financiële toegankelijkheid zijn er vrij weinig initiatieven die betrekking hebben op preventie. Preventie is trouwens niet mogelijk in het kader van een visie op korte termijn. Gezondheidspromotie en ook -preventie zijn investeringen op lange termijn met een toekomstige impact op het aantal en de ernst van de ziekten. Moeten de maatregelen tegen SEGV op korte of lange termijn worden genomen? Hoe kunnen de curatieve en de preventieve benadering beter op elkaar aansluiten (zeker voor kwetsbare groepen geldt dat het vertrouwen dat nodig is om open te staan voor preventieve boodschappen slechts wordt opgebouwd via een kwaliteitsvolle curatieve zorg).
- De huidige geïntegreerde initiatieven die er wel in slagen de kansarmen te

bereiken vanuit een gezondheidsperspectief (bv. Kind en Gezin, wijkgezondheidscentra, 'Maisons médicales', buurtwerk, ...) verdienen steun, omdat het werken met kwetsbare groepen bijzondere eisen stelt op het vlak van personeel, infrastructuur, samenwerking, ...

- We kunnen ons in dit verband afvragen of het hanteren van een centraal gestuurde regelgeving (bv. in de curatieve medische zorg) voldoende ruimte laat om lokaal op passende wijze in te spelen op de verschillende noden en behoeften.

## 4.1. Aanwijzingen voor het lezen van de steekkaarten

De inventaris bevat een voorstelling van alle initiatieven in een individuele steekkaart. Hieronder vindt u een toelichting bij de verschillende rubrieken op die steekkaarten. Omwille van de gelijkvormigheid staan deze rubrieken in het Engels vermeld; de steekkaarten zijn respectievelijk opgesteld in het Nederlands of in het Frans en achteraf vertaald.

### ID Number:

Identificatienummer van het initiatief, waarmee het mogelijk is een verband te leggen met het organogram van bevoegdheden op het vlak van gezondheid in België.

Niveau	Instanties
1 = Europese Gemeenschap	1
2 = Federaal	1
3 = Regionaal	1 = Vlaams Gewest 2 = Brussels Hoofdstedelijk Gewest 3 = Franse Gemeenschap 4 = Waals Gewest 5 = Duitstalige Gemeenschap
4 = Provinciaal	1 = Nederlandstalige provincies 2 = Franstalige provincies
5 = Lokaal	1 = Nederlandstalige steden 2 = Franstalige steden

### Keyword:

Elk initiatief krijgt drie trefwoorden toegekend.

Het eerste trefwoord rangschikt het initiatief volgens het domein van de interventie:

GP = Gezondheidspromotie: het motiveren en versterken van mensen en groepen om meer greep te krijgen op hun gezondheid en zo gezonder te worden (emancipatorische aanpak, 'empowering'). Gericht op verandering van de mensen zelf en de sociale en fysieke omgeving waarin zij leven en werken.

Ziektepreventie

P1 = Primaire preventie: voorkómen van gezondheidsproblemen, ziekten en ongevallen

P2 = Secundaire preventie: opsporen van beginnende gezondheidsproblemen of ziekten zodat tijdig maatregelen mogelijk zijn die de kans op herstel verhogen

P3 = Tertiaire preventie: de gevolgen van ziekten of ongevallen zoveel mogelijk beperken

C = Curatieve gezondheidszorg

Het tweede trefwoord geeft aan of het initiatief betrekking heeft op de lichamelijke of de geestelijke gezondheid.

Het derde trefwoord preciseert het onderwerp binnen de gehanteerde strategie (zie verder: 'Strategy') of duidt de nagestreefde vorm van toegankelijkheid van gezondheidszorg aan.

#### **Impact:**

De directe of indirecte impact van het initiatief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Bijvoorbeeld: een initiatief dat gezondheidszorg verstrekt aan migranten, wordt beschouwd als een initiatief met directe impact. Een onderzoek over de gezondheidsverschillen bij migranten wordt beschouwd als een initiatief met indirecte impact.

#### **Strategy:**

Elk initiatief wordt ondergebracht in een van de vijf volgende strategieën (de vier eerste strategieën zijn gebaseerd op de terminologie van EuroHealthNet):  
 Integrating health-equity objectives into existing policies and programmes = beleidsintegrerende benadering  
 Disease based approaches = ziektegerichte benadering  
 Group specific approaches = groepsgerichte benadering  
 Settings or community based approaches = omgevings- of gemeenschaps-

gerichte benadering  
 Informatieve benadering

#### **Title:**

De benaming van het initiatief.

#### **Period:**

De startdatum van het initiatief.

#### **Framework:**

Een samenvattende beschrijving van de context en de redenen voor de uitvoering van het initiatief.

#### **Activities:**

Een beschrijving van de inhoud van het initiatief met aandacht voor de aspecten en activiteiten in verband met sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

#### **Contacts:**

De contactgegevens van een persoon die bijkomende informatie over het initiatief kan verstrekken.

Het beleidsniveau, de trefwoorden en de strategie die vermeld staan op de steekkaarten, zijn ook terug te vinden in de analytische tabel van de geïnventariseerde beleidsinitiatieven.

4.2 Analysetabel van de initiatieven

N°	Titel	Beleidsniveau			Aanpak van SEGV					Onderwerp binnen aanpak van SEGV											Toegankelijk- heid v. zorg			Aanpak v. ziekte / gezondheid			Gezondheid	
		Federaal	Regionaal	Provinciaal	Lokaal	Informatief	Beleidsintegrerend	Ziektegericht	Omgevingsgericht	Groepsgericht																		
1.	Stadscontracten	F					B		O			Grote steden	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K				
2.	BELTA-TBnet	F						Z				TBC	F			C	T					P						
3.	Onderzoeksprogramma 'Sociale Cohesie'	F				I						Diverse beleidsinstellingen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
4.	Verhoogde tegemoetkoming	F								G		Kwetsbare sociaaleconomische groepen	F			C						F	P					
5.	Maximumfactuur	F								G		Kwetsbare sociaaleconomische groepen en lage-inkomensgezinnen	F			C	T	S				F	P					
6.	Derdebetalersregeling	F								G		Kwetsbare sociaaleconomische groepen	F			C	T	S				F	P					
7.	Nationaal Actieplan tegen Partnergeweld	F	R				B	Z				Partnergeweld		I	P			S	P	G	F	F	P					
8.	Forfaitaire geneeskunde	F							O			Wijkgezondheidscentra en andere	F			C	T					F						
9.	Ervaringsdeskundigen	F					B					Diverse beleidsinstellingen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
10.	EUROTHINE	F				I						Aanpak SEGV in Europa	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
11.	TAHIB	F				I						Aanpak SEGV in België	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
12.	Wet betreffende de Rechten van de Patiënt	F					B					Diverse beleidsinstellingen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
13.	Onderzoek door KCE (Federaal Kenniscentrum)	F				I						Toegankelijkheid gezondheidszorg	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
14.	Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg	F	R							G		Allochtonen		I	P	C	T	S	P	G	F	F	P					
15.	Intergouvernementeel en intersectoraal overleg	F	R	P	L	I	B					Armoedeproblematiek en -beleid	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
16.	Psychosociale begeleiding in de onthaalfase	F	R					Z	O	G		Asielzoekers	F	I	P	C	T	S					P					
17.	Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009		R			I	B					Vlaams armoedebeleid	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K					
18.	De rol van gezondheidspromotie (...)		R			I						Aanpak SEGV: gezondheidspromotie	F	I	P	C	T	S	P	G	F	F	P					

N°	Titel	Beleidsniveau			Aanpak van SEGV		Onderwerp binnen aanpak van SEGV										Toegankelijk- heid v. zorg		Aanpak v. ziekte / gezondheid		Gezondheid	
		Federaal	Regionaal	Provinciaal	Lokaal	Informatief	Beleidsintegrerend	Ziektegericht	Omgevingsgericht	Groepsgericht			Financieel	Informatief/ administr./ logistiek	Psychologisch/ sociaalcultureel	Curatieve gezondheidszorg	Tertiaire preventie	Secundaire preventie	Primaire preventie	Gezondheidsbevordering	Fysieke gezondheid	Psychische gezondheid
19.	Prenatale dienstverlening a. kwetsbare zwangeren		R							G		Kwetsbare zwangeren	F	I	P	C	T	S	P	G	F	P
20.	VRGT rookpreventie		R					Z		G		Longkanker Zwangeren, jongeren, ...	?	I	P				P	G	F	
	VRGT acties tegen TBC		R					Z		G		TBC Asielzoekers	F	I	P			S			F	
21.	Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker	F	R		L			Z		G		Borstkanker Vrouwen tussen 50 en 69 jaar oud	F	I	P			S			F	
22.	Samenwerkingsinitiatieven 1°lijnsgezondheidszorg	F	R		L				O			Zorgregio's		I	P	K	K	K	K	K	K	K
23.	Groene ambulance: RICB	-	R	-	-				O			Woning	F	I	P	C		S			F	
24.	Medimmigrant		R							G		Asielzoekers & illegalen		I						G	F	
25.	Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting		R							G		Mensen zonder vaste verblijfplaats			P	C	T	S	P	G	F	P
26.	FARES rookpreventie FARES acties tegen TBC		R					Z Z				Longkanker TBC	F	I			T	S	P	G	F	
27.	‘Maisons médicales’		R						O			Gemeente en wijk	F		P	C	T	S	P	G	F	
28.	Programma voor borstkankerscreening		R					Z				Borstkanker Vrouwen tussen 50 en 69 jaar oud	F					S	P		F	
29.	Preventie door het ONE		R							G		Zwangere vrouwen en kinderen van 0 tot 12 jaar	F	I					P	G	F	
30.	‘Centre de prévention du suicide’		R					Z				Zelfmoord			P		T	S	P		F	P
31.	‘Relais santé’ binnen de ‘Relais sociaux’		R						O			Gemeente		I						G	F	P
32.	Onderzoek in de centra voor coördinatie SSAD		R							G		Bejaarden			P	K	K	K	K	K	K	K
33.	Groen nummer Libr’âgé		R							G		Bejaarden		I				S	P	G	F	P
34.	Netwerking van verenigingen ter preventie en bestrijding van verslavingen		R					Z				Verslavingen		I					P	G	F	P
35.	Centra voor gezinsplanning		R					Z				Reproductieve gezondheid	F	I		C	T	S	P	G	F	P

N°	Titel	Beleidsniveau				Aanpak van SEGV					Onderwerp binnen aanpak van SEGV	Toegankelijk-		Aanpak v. ziekte /								Gezondheid	
		Federaal	Regionaal	Provinciaal	Lokaal	Informatief	Beleidsintegrerend	Ziektegericht	Omgevingsgericht	Groepsgericht		Financieel	Informatief/ administr./ logistiek	Psychologisch/ sociaalcultureel	Curatieve gezondheidszorg	Tertiaire preventie	Secundaire preventie	Primaire preventie	Gezondheidsbevordering	Fysieke gezondheid	Psychische gezondheid		
36.	Sociale Intercommunale van Waals-Brabant			P					O		Provincie	F	I			T	S		G	F			
37.	'Centre de Documentation et de recherche sociales'			P			B				Diverse beleidsinstellingen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		
38.	'Liège Province santé'			P					O		Provincie		I						G	F			
39.	'Clinique de l'exil' – Provincie Luik			P						G	Immigranten			P	C	T	S					P	
40.	'Centres de Guidance' van Nijvel en Jodoigne			P				Z			Geestelijke gezondheid	F			C	T	S					P	
41.	'Observatoire de la Santé' Henegouwen			P			B				Diverse beleidsinstellingen		I					P	G	F			
42.	Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad			P			B				Diverse beleidsinstellingen		I					P	G	F			
43.	Seraing – 'Ville Santé'				L				O		Stad	F	I	P	C			P	G	F			
44.	Initiatieven 'inégalités santé' van de plaatselijke Centra voor gezondheidspromotie				L				O		Gemeente		I					P	G	F			

legende: enkele verduidelijkingen:

- > K = Initiatieven die zelf geen concrete actie inhouden, maar wel een informatief of beleidsmatig kader scheppen voor meer concrete maatregelen. Deze initiatieven kunnen daardoor niet geplaatst worden in één of meer van de voorziene categorieën in de tabel.
- > Gezondheidspromotie = motiveren en in staat stellen van mensen en groepen om meer greep te krijgen op hun gezondheid en zo gezonder te worden (emancipatorische aanpak, 'empowering'). Gericht op verandering van de mensen zelf en de sociale en fysieke omgeving waarin ze leven en werken.
- > Primaire preventie = voorkómen van gezondheidsproblemen, ziekten en ongevallen
- > Secundaire preventie = opsporen van beginnende gezondheidsproblemen of ziekten zo dat tijdig maatregelen mogelijk zijn die de kans op herstel verhogen
- > Tertiaire preventie = de gevolgen van ziekten of ongelukken zoveel mogelijk beperken
- > SEGV = sociaaleconomische gezondheidsverschillen

### 4.3 Steekkaarten van de initiatieven

N°	Titel	ID N°
	Federaal	
	Stadscontracten	2.1.1
	BELTA-TBnet	2.1.2
	Onderzoeksprogramma 'Sociale Cohesie'	2.1.3
	Verhoogde tegemoetkoming	2.1.4
	Maximumfactuur	2.1.5
	Derdebetalersregeling	2.1.6
	Nationaal Actieplan tegen Partnergeweld	2.1.7
	Forfaitaire geneeskunde	2.1.8
	Tewerkstelling van ervaringsdeskundigen op het vlak van in armoede en sociale uitsluiting binnen de federale overheid	2.1.9
	Aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid in Europa (EUROTHINE)	2.1.10
	Aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid in België (TAHIB)	2.1.11
	Wet betreffende de Rechten van de Patiënt	2.1.12
	Onderzoek door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg	2.1.13
	Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg	2.1.14
	Intergouvernementeel en intersectoraal overleg en monitoring op Belgisch niveau inzake de armoedeproblematiek en het armoedebeleid	2.1.15
	Psychosociale en therapeutische begeleiding van asielzoekers in de onthaalfase	2.1.16
	Vlaams Gewest & Vlaamse Gemeenschap	
	Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding	3.1.1
	De rol van gezondheidspromotie bij de aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid	3.1.2
	Prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangere vrouwen	3.1.3
	Vlaamse Vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding	3.1.4
	Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker	3.1.5
	Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg	3.1.6
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
	Groene ambulance: RICB	3.2.1
	Medimmigrant	3.2.2
	Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting - België	3.2.3



Frans Gemeenschap	
'Fonds des Affections Respiratoires'	3.3.1
'Maisons médicales'	3.3.2
Programma voor borstkankerscreening	3.3.3
Preventie door 'l'Office de la Naissance et de l'Enfance'	3.3.4
'Centre de Prévention du Suicide'	3.3.5
Waals Gewest	
'Relais santé' binnen de 'Relais sociaux'	3.4.1
Onderzoek in de centra voor de coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten	3.4.2
Groen nummer Libr'âgé	3.4.3
Netwerking van verenigingen ter preventie en bestrijding van verslavingen	3.4.4
Centra voor gezinsplanning	3.4.5
Provincies	
Sociale Intercommunale van Waals-Brabant	4.2.1
'Centre de Documentation et de recherche sociales'	4.2.2
'Liège Province santé'	4.2.3
'Clinique de l'exil' – Provincie Luik	4.2.4
'Centres de Guidance' van Nijvel en Jodoigne	4.2.5
'Observatoire de la Santé' Henegouwen	4.2.6
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad	4.2.7
Gemeenten	
Seraing – 'Ville Santé'	5.2.1
Initiatieven 'inégalités santé' van de Plaatselijke Centra voor Gezondheidspromotie	5.2.2

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	/	/	<b>sociale inclusie</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Beleidsintegrerende en omgevingsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Stadscontracten</b>		
<b>Period</b>	2000 -		
<b>Framework</b>	<p>Sinds 1999 tracht de federale overheid een grootstedenbeleid te ontwikkelen om de grote steden aantrekkelijker te maken. De overheid wil in achtergestelde stadsbuurten de levensomstandigheden verbeteren van de mensen die daar de grootste behoefte aan hebben en tracht de steden een impuls te geven die het mogelijk maakt om en intersectoraal beleid te voeren. De federale overheid stelt hiervoor ieder jaar meer dan 40 miljoen euro ter beschikking, verdeeld over vijftien steden en gemeenten. In 2000 werd het aantal inwoners als enige verdeelsleutel gehanteerd en kregen enkel steden met meer dan 150.000 inwoners federale steun. In aanmerking kwamen toen Antwerpen, Gent, Luik, Charleroi en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (de zeven steden en gemeenten die steun genieten van het Europese programma Objectief 2: Brussel-Stad, Anderlecht, Sint-Gillis, Sint-Joost, Schaarbeek, Molenbeek en Vorst). Sinds 2001 worden ook sociaaleconomische criteria in rekening gebracht. Zo werden Bergen, La Louvière, Seraing en Oostende aan de lijst toegevoegd.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Vanaf 2000 sloot de federale regering elk jaar een overeenkomst af met de vijftien steden. Deze 'stadscontracten' omvatten per stad of gemeente alle projecten die ge(co)financierd worden via het grootstedenbeleid. Per project worden in detail de context, de doelstellingen, de indicatoren, de resultaten en het toegewezen bedrag uitgewerkt. De gemeente heeft het laatste woord bij de keuze van de te financieren projecten. Deze werkwijze steunt op de overweging dat de lokale overheid het best de noden kent van de inwoners en het best geplaatst is om, in het kader van een langetermijnstrategie voor gemeentelijke ontwikkeling, projecten op elkaar af te stemmen.</p> <p>In 2005 werden de stadscontracten afgesloten voor een periode van vijf jaar om de doeltreffendheid ervan te versterken en tegelijk de administratieve procedures te vereenvoudigen. Deze 'meerjarenplannen voor de steden' bieden de lokale overheden de mogelijkheid om op grote schaal in te grijpen met betrekking tot vijf thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een geïntegreerde ontwikkeling van de wijken in de stad;</li> <li>- een gezonde lokale economie, duurzame en lokale werkgelegenheid;</li> <li>- wijken waar het goed is om samen te leven (sociale cohesie);</li> <li>- <b>de gezondheid in de stad;</b></li> <li>- een beter aanbod aan huisvesting.</li> </ul> <p>Een experimenteel gezondheidsproject dat deel uitmaakte van een stadscontract, was de 'Gezondheidsbus' in Anderlecht (€100.000 in 2002). Deze info-Gezondheidsbus rijdt nog altijd rond in de kansarme buurten van de gemeente om de voltallige Anderlechtse bevolking gratis te informeren en te sensibiliseren inzake gezondheid (kosteloos, anoniem en vertrouwelijk), de bezoekers door te verwijzen naar de gepaste medische, psychologische en sociale voorzieningen en de preventieprogramma's (aids, tuberculose, ...) te ondersteunen in samenwerking met de partners.</p> <p>In opdracht van de Cel Grootstedenbeleid werd tevens een onderzoek gevoerd inzake 'Gezondheid in Grote Steden'.</p>		
<b>Contacts</b>	<p>Rik BAETEN, verantwoordelijke voor het personeel, algemeen budget, sociale cohesie, gezondheid, duurzame ontwikkeling, statistieken, algemene coördinatie met betrekking tot de stadscontracten. Cel Grootstedenbeleid, POD Maatschappelijke Integratie, Anspachlaan 1, 1000 Brussel. Tel 02/509 82 55 en 02/509 89 95 - fax 02/509 89 55 mail: info@grootstedenbeleid.be</p>		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Tuberculose</b>
<b>Impact</b>	Direct: X		Indirect:
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>BELTA-TBnet</b>		
<b>Period</b>	2006 -		
<b>Framework</b>	<p>Tot de jaren 1990 kende tuberculose in België een dalende trend. Maar vanaf dat moment heeft de ziekte zich gestabiliseerd op 1200 à 1300 gevallen per jaar. De belangrijkste oorzaak van deze trend is toe te schrijven aan een toename van de ingevoerde gevallen.</p> <p>Voor de meeste zieken die in orde zijn met de sociale zekerheid, brengt de behandeling van tuberculose geen problemen met zich mee, aangezien de standaardgeneesmiddelen tegen tuberculose integraal worden terugbetaald door het RIZIV.</p> <p>Patiënten die evenwel besmet zijn met multiresistente bacillen (1 à 2% van de gevallen), moeten de heel dure zogenaamde tweedelijsantibiotica die het RIZIV niet of maar gedeeltelijk terugbetaalt gedeeltelijk of volledig zelf betalen, ook al zijn zij aangesloten bij de mutualiteit.</p> <p>Naast deze patiënten zijn er elk jaar nog ongeveer 10% van de mensen bij wie tuberculose wordt vastgesteld, die moeilijkheden hebben met de terugbetaling. Het gaat daarbij om mensen die geen sociale zekerheid genieten en voor wie het OCMW een essentiële rol speelt, door het toekennen van directe of dringende medische hulp. Maar die hulp gebeurt niet altijd op systematische wijze of wordt soms met vertraging verstrekt, omdat ze afhangt van een aantal factoren gaande van de beoordeling van de behoefte tot het bestaan van problemen van administratieve aard.</p> <p>Met het Koninklijk Besluit van 10 maart 2005 voorzag het federale ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid de invoering van een bijzonder model voor de opvang van tuberculosepatiënten die moeilijk toegang hebben tot behandeling en verder onderzoek: het project BELTA-TBnet.</p> <p>Er werd een akkoord gesloten tussen het RIZIV, dat het project BELTA-TBnet financiert, en het Belgisch nationale werk tot bestrijding van de tuberculose en de respiratoire aandoeningen (VRGT &amp; FARES), dat zijn verplegende diensten ter beschikking stelt. BELTA-TBnet werkt ook samen met de OCMW's om ervoor te zorgen dat de behandeling niet wordt onderbroken.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Het project BELTA-TBnet wil een passende behandeling garanderen voor alle tuberculosepatiënten, ook al hebben zij geen sociale dekking of zijn zij besmet met multiresistente tuberculosebacillen.</p> <p>BELTA-TBnet betaalt alleen tbc-geneesmiddelen die niet worden terugbetaald door het RIZIV en/of opvolgonderzoeken afhankelijk van diverse criteria: gebrek aan sociale bijstand, tuberculose door multiresistente kiemen, hospitalisatie of ambulante fase.</p> <p>BELTA-TBnet komt slechts tussen wanneer alle andere mogelijkheden van opvang zijn uitgeput. Patiënten die nog (niet) zijn aangesloten bij een mutualiteit, die geen (dringende) medische hulp genieten en/of voor wie niemand tussenkomt, hetzij door hospitalisatie of door ambulante zorg, kunnen aanspraak maken op terugbetaling.</p>		
<b>Contacts</b>	Coördinerend geneesheer: Dr. Guido Groenen - 02/510 60 97		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke / geestelijke gezondheid</b>	<b>Onderzoek</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Onderzoeksprogramma 'Sociale Cohesie'</b>		
<b>Period</b>	2000 -		
<b>Framework</b>	<p>De Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (voorheen de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden) heeft een meer-jarig onderzoeksprogramma opgezet over het thema van sociale cohesie.</p> <p>Dit programma wil vooral het kennispotentieel versterken voor de ondersteuning van een federaal beleid op sociaaleconomisch vlak, en vooral om tegemoet te komen aan de behoefte aan kennis op de terreinen die voortvloeien uit het regeerakkoord van 7 juli 1999: 'burgerdemocratie' 'een veilige samenleving', 'een open samenleving', 'leefbare grootsteden', 'de actieve welvaartsstaat' en een 'moderne sociale zekerheid'.</p> <p>De algemene aanbevelingen voor het onderzoek in het kader van dit programma voor 'Sociale Cohesie':</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de onderzochte problemen inpassen in een context van globalisering en ook oog hebben voor het terugplooiën op zichzelf binnen kleinere gemeenschappen,</li> <li>- de politieke aanbevelingen aanpassen aan een beleid van duurzame ontwikkeling;</li> <li>- aandacht hebben voor achtergestelde groepen of voor groepen die het risico van achterstelling lopen (bijvoorbeeld aandacht voor genderverschillen, de problematiek van jongeren, etnische discriminatie, enz.);</li> <li>- aan de sociale actoren de onderzoeksresultaten bezorgen die denkwerk mogelijk maken over actuele problemen in verband met sociale cohesie en over verschillende alternatieve oplossingen.</li> </ul> <p>Het onderzoeksprogramma is opgedeeld in twee grote onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nieuwe problemen en nieuwe analyses in verband met sociale cohesie: beeldvorming door en over de burgers, de respons en het initiatief van de burgers, ongelijkheid en uitsluiting, de burgers en de dynamiek van de instellingen</li> <li>- Onderzoek dat relevant is voor het beleid van de federale overheid voor een aantal sleutelsectoren: de opbouw van de economische wereld, de werkomgeving, de patiënt en het systeem van gezondheidszorg</li> </ul>		

Activities	<p>Vier onderzoeken in het kader van het programma ‘Sociale Cohesie’ hebben rechtstreeks of onrechtstreeks betrekking op de ongelijkheid in gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Kwaliteit van de ethisch-medische zorg bij beslissingen over het levenseinde van patiënten</b> (U Gent, VUB, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, 2000 - 2003) Dit kwaliteitsonderzoek streeft naar een toenadering tussen de arts-deskundige en de patiënt-leek op het vlak van zorg in het terminale stadium. De breuklijn tussen arts en patiënt komt vooral tot uiting bij de hooggespecialiseerde gezondheidszorg rond het levenseinde van een patiënt. Uit een onderzoek dat in Vlaanderen is uitgevoerd (HALP - Handelwijzen van Artsen rond het Levenseinde van Patiënten) blijkt duidelijk dat palliatieve zorg gericht op een zachte en waardige dood aanzienlijk vaker wordt toegepast bij mensen die een hogere opleiding hebben genoten. Dit lijkt erop te wijzen dat de patiënt in zekere mate vertrouwd moet zijn met het medische discours om hulp te krijgen om zijn leven te beëindigen en dat personen die daar niet toe in staat zijn, een andere vorm van stervensbegeleiding krijgen.</li> <li>- <b>Billijkheid van de financiering van de gezondheidszorg</b> (KUL &amp; U Antwerpen, 2000-2003) Dit onderzoek gaat na in welke mate de stijging van het remgeld gecompenseerd wordt door maatregelen als de sociale en fiscale franchise. Het beschrijft ook het profiel van kwetsbare groepen op het vlak van de betaling van medische zorg en stelt strategieën voor om deze problematiek op te lossen. Het beoordeelt ook de verticale en horizontale billijkheid in de financiering van de gezondheidszorg.</li> <li>- <b>Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg</b> (VUB, 2000-2003) Dit onderzoek gaat verder in op de resultaten van kwalitatief en kwantitatief onderzoek en de bestaande bepalingen in verband met de noden van nieuwe kwetsbare groepen binnen de volksgezondheid. Daarna zal aan de hand van een Delphi-analyse (een groep van deskundigen) een zo ruim mogelijk gesteunde beleidsrelevante tekst worden uitgewerkt over het profiel van nieuwe kwetsbare groepen, over hun specifieke behoeften en de mogelijke beleidsinterventies om voor hen te zorgen.</li> <li>- <b>Sociale stratificatie in de aankoop en de consumptie van voedingsmiddelen</b> (U Gent, 2000- 2003) Dit onderzoek wil de verschillen verklaren tussen de verschillende maatschappelijke klassen op het vlak van hun aankoop en consumptie van voedingsmiddelen. Door middel van simulaties biedt het onderzoek ook een overzicht van de mogelijkheden om deze verschillen te corrigeren en werkt op basis daarvan ook aanbevelingen uit voor het beleid en voor de vertaling van de resultaten naar de betrokken maatschappelijke groepen.</li> </ul>
Contacts	<p>Verantwoordelijke(n) Programma ‘Sociale Cohesie’:  Van doninck Bogdan 02/23 83 488, vdon@belspo.be  Naji Aziz 02/23 83 646, naji@belspo.be  Van Daele Lieve 02/23 83 487, vdae@belspo.be</p>

ID Number	2	1	4
Keyword	C	Lichamelijke & geestelijke gezondheid	Financiële toegankelijkheid
Impact	Direct: X		Indirect:
Priority strategy	Groepsgerichte benadering		
Title	Verhoogde tegemoetkoming (het vroegere 'WIGW-stelsel')		
Period	<p>Stelsel onder huidige vorm en benaming: sinds 1 juli 1997.</p> <p>Basisprincipes van het stelsel: in elk geval sinds de wet van 9 augustus 1963.</p>		
Framework	<p>Om het recht op geneeskundige verzorging financieel te waarborgen voor iedereen, voorziet de verplichte ziekteverzekering voor elke sociaal verzekerde – onder welbepaalde vergoedingsvoorwaarden – een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen. Een gedeelte van de wettelijke kostprijs van bepaalde geneeskundige verstrekkingen wordt via de verzekeringsinstellingen terugbetaald. Het overige deel van de wettelijke kostprijs – persoonlijk aandeel of remgeld genaamd – blijft ten laste van de sociaal verzekerde.</p> <p>Dit algemene vergoedingssysteem komt echter niet tegemoet aan de <b>bijzondere problemen van sociaal verzekerden met bescheiden inkomsten of van de personen die zich in een sociaaleconomisch precaire situatie bevinden</b>. Daarom is de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van geneeskundige verstrekkingen in het leven geroepen voor een welomschreven doelgroep van sociaaleconomisch zwakkere personen.</p>		
Activities	<p>Rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming krijgen een hogere terugbetaling van het ziekenfonds voor de volgende verstrekkingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bezoek en raadpleging van algemeen geneesheren en van geneesheer-specialisten;</li> <li>- hulp verstrekt door verpleegkundigen en door diensten voor thuisverpleging;</li> <li>- hulp van kinesitherapeuten;</li> <li>- technische verstrekkingen voor diagnose en behandeling die niet de scholing van een geneesheer-specialist vereisen;</li> <li>- tandheelkundige hulp;</li> <li>- hulp verleend door logopedisten, podologen en diëtisten;</li> <li>- geneesmiddelen;</li> <li>- verblijfkosten bij hospitalisatie.</li> </ul> <p>Behalve voor de verblijfkosten bij hospitalisatie slaat de verhoogde tegemoetkoming dus voornamelijk op de zogenaamde kleine risico's. Grote risico's zoals heelkundige ingrepen, röntgenfoto's, bestraling, nierdialyse, prothesen, implantaten, medische hulpmiddelen, ... zijn geen voorwerp van de verhoogde tegemoetkoming. Verstrekkingen behorend tot de kleine risico's die niet terugbetaalbaar zijn, komen uiteraard ook niet in aanmerking voor de verhoogde tegemoetkoming.</p> <p>Om de verhoogde tegemoetkoming te ontvangen, moet de rechthebbende niet alleen voldoen aan de voorwaarden voor het bekomen van een 'gewone' verzekeringstegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen (voorwaarden m.b.t. de verzekerbareheid van de aanvrager en vergoedbaarheid van de betrokken verstrekking), maar ook voldoen aan specifieke voorwaarden inzake zowel inkomen als statuut.</p> <p>De <b>inkomensvoorwaarde</b> houdt in dat het bruto belastbare gezinsinkomen niet hoger mag liggen dan 13.512,18 euro, te verhogen met 2.501,47 euro per persoon ten laste (bedragen op 1 oktober 2006).</p>		

	<p>De <b>statuutvoorwaarde</b> behelst dat de rechthebbenden moeten vallen onder een van de wettelijk aangeduide categorieën van zorgbehoevende personen. Initieel was de verhoogde tegemoetkoming enkel bestemd voor personen uit de WIGW-categorie: weduwen, invaliden (rechthebbenden op een uitkering na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid), gepensioneerden en wezen. Op 1 juli 1997 zijn verschillende andere kwetsbare categorieën toegevoegd; sindsdien spreken we van de 'RVV' (rechthebbenden verhoogde verzekeringstegemoetkoming). Vandaag wordt de verhoogde tegemoetkoming toegekend aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 'WIGW's': weduwen en weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen;</li> <li>- Langdurig werklozen (sinds minstens één jaar) die ouder zijn dan 50 jaar;</li> <li>- ambtenaren die langer dan een jaar in disponibiliteit zijn wegens ziekte;</li> <li>- personen met een handicap (mindervaliden);</li> <li>- residenten vanaf 65 jaar (met residenten bedoelen we personen die recht hebben op geneeskundige verzorging op basis van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen);</li> <li>- leden van de kloostergemeenschappen vanaf 65 jaar;</li> <li>- kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap;</li> <li>- personen die een van de onderstaande uitkeringen ontvangen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o leefloon of soortgelijke OCMW-steun;</li> <li>o gewaarborgd inkomen voor bejaarden (oude regeling) of inkomensgarantie voor ouderen (regeling van toepassing op aanvragen vanaf 1 juni 2001);</li> <li>o tegemoetkoming voor gehandicapten (inkomensvervangende of integratietegemoetkoming voor personen met een handicap of tegemoetkoming hulp aan bejaarden).</li> </ul> </li> <li>- de personen ten laste van de voormelde personen.</li> </ul> <p>Het recht op de verhoogde tegemoetkoming dat op basis van de bovenvermelde hoedanigheden en inkomensvoorwaarde wordt toegekend, leidt voor de betrokken rechthebbenden ook tot een statuut (<b>RVV-statuu</b>t) dat toegang biedt tot andere voordelen: de toepassing van het derdebetalerssysteem, van de sociale maximumfactuur en van andere voordelen zoals een tariefvermindering bij de NMBS en sommige andere openbare vervoersmaatschappijen, een voordelig telefoontarief, een verminderde huisvuilbelasting, de vermindering van provinciale en gemeentelijke belastingen, ...</p> <p>De statuutvoorwaarde in de RVV-regeling heeft als gevolg dat <b>sommige economisch zwakke personen uitgesloten blijven</b> van de verhoogde tegemoetkoming, zoals werknemers met een laag inkomen, eenoudergezinnen en langdurig werklozen jonger dan 50 jaar. De 'werkloosheidsval' wordt op deze wijze ook in de hand gewerkt. Werklozen of arbeidsongeschikten die erin slagen zich (opnieuw) in te schakelen in de arbeidsmarkt en die zo hun moeilijk sociaal statuut achter zich laten, verliezen meteen ook hun RVV-statuu</p> <p>Daarom heeft de regering aangekondigd dat de statuutvoorwaarde in 2007 zal weggewerkt worden (streefdatum: starten op 1 april 2007 met overgangsregeling). Het recht op verhoogde tegemoetkoming zal zo worden uitgebreid naar alle gezinnen waarvan het bruto jaarlijkse inkomen beneden een bepaald niveau ligt, ook al beantwoorden zij niet aan de statuutvoorwaarde van de huidige regelgeving. Het RVV-statuu</p> <p>zult krijgen, aangezien het alle economisch kwetsbare personen beschermt, zonder enige andere voorwaarde te stellen. Voor de financiering van deze maatregel wordt een bedrag van 50 miljoen euro op jaarbasis uitgetrokken.</p>
Contacts	<p>Marie-Jeanne Servotte  Directie Juridische Zaken en Toegankelijkheid  Dienst voor Geneeskundige verzorging - RIZIV  Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel - Tel. 02/739 78 46</p>



ID Number	2	1	5
Keyword	P 2, 3 & C	Lichamelijke & geestelijke gezondheid	Financiële toegankelijkheid
Impact	Direct: X		Indirect:
Priority strategy	Groepsgerichte benadering		
Title	Maximumfactuur (MAF)		
Period	2002 -		
Framework	<p>De maximumfactuur is een <b>financiële beschermingsmaatregel</b> die waarborgt dat een gezin in één jaar nooit meer dan een bepaald bedrag voor noodzakelijke terugbetaalbare gezondheidszorg moet betalen. De adjectieven 'noodzakelijke' en 'terugbetaalbare' zijn hier belangrijk, aangezien de maximumfactuur niet alle mogelijke gezondheidsuitgaven dekt, maar enkel de kosten van geneeskundige verstrekkingen die al vergoedbaar zijn in de gewone vergoedingsregeling én die daarenboven beleidsmatig als absoluut noodzakelijk voor de volksgezondheid worden beschouwd, wat zorgt voor een extra selectie (zie verder: opsomming van de in aanmerking genomen verstrekkingen).</p> <p>De maximumfactuur vindt haar oorsprong in de sociale en fiscale franchise, beide ingevoerd in 1994.</p> <p>De sociale franchise was een maatregel die zich beperkte tot welbepaalde sociale categorieën van verzekerden die een vervangingsinkomen of sociale uitkering ontvingen. Voor deze verzekerden werd de verzekeringstegemoetkoming voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen op honderd procent gebracht zodra de totale hoeveelheid betaald remgeld per jaar een bepaald grensbedrag bereikte. Bepaalde risicogroepen vielen echter buiten de bescherming van deze maatregel, zoals chronisch zieken, gezinnen met een bescheiden of gering inkomen die herhaaldelijk geconfronteerd worden met medische kosten en in het algemeen elk sociaaleconomisch kwetsbaar gezin dat niet behoorde tot de sociale categorieën die door de maatregel werden beoogd.</p> <p>De <b>fiscale franchise</b> hield in dat het remgeld dat het gezin jaarlijks meer betaalde dan het maximumbedrag dat voor zijn inkomenscategorie van toepassing was, teruggestort werd via de belastingaanslag door de administratie der directe belastingen. Deze maatregel stond weliswaar open voor alle gezinnen die over een belastbaar inkomen beschikken, maar vergde veel tijd (anderhalf jaar na de effectieve uitgavendatum) omdat de terugbetaling pas mogelijk was na het inkohieren van de belastingen.</p> <p>Op 1 januari 2002 werd de maximumfactuur ingevoerd met de bedoeling een snellere bescherming te bieden en de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te verbeteren. Oorspronkelijk werden drie <b>types van maximumfactuur</b> voorzien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de sociale maximumfactuur, bepaald op grond van de sociale categorie van de rechthebbende;</li> <li>- de 'maximumfactuur bescheiden inkomens', bepaald op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende</li> <li>- de fiscale maximumfactuur, analoog met de vroegere fiscale franchise.</li> </ul> <p>De fiscale maximumfactuur is sinds 1 januari 2005 geïntegreerd in de 'maximumfactuur bescheiden inkomens'. Sindsdien spreekt men van de 'inkomens-MAF'</p>		

<b>Activities</b>	<p>Zodra de gezinsuitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar een bepaald plafondbedrag bereiken, wordt de verzekeringstegemoetkoming voor de daaropvolgende verstrekkingen verhoogd tot honderd procent tot het einde van het betrokken kalenderjaar.</p> <p><b>De kosten die in aanmerking worden genomen</b> voor de berekening van de jaarlijkse gezinsuitgaven voor gezondheidszorg ('MAF-teller') en die dus worden terugbetaald bij overschrijding van het plafond, zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het remgeld op de erelonen van zorgverleners;</li> <li>- het remgeld op technische prestaties zoals operaties en bloedonderzoeken;</li> <li>- het remgeld op bepaalde geneesmiddelen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o de zogenaamde 'noodzakelijke geneesmiddelen', d.w.z. de farmaceutische specialiteiten van categorie A, B en C (*);</li> <li>o geneesmiddelen toegediend bij opname in een ziekenhuis; inclusief het remgeld ten gevolge van de referentietrugbetaling;</li> </ul> </li> <li>- het remgeld op magistrale bereidingen;</li> <li>- de afleveringsmarge voor implantaten;</li> <li>- enterale voeding voor kinderen en jongeren tot en met 18 jaar, toegediend in een thuisomgeving;</li> <li>- bepaalde ziekenhuiskosten, zoals het persoonlijke aandeel in de ligdagprijs.</li> </ul> <p>(*) Noot: de vergoedingscategorie geeft aan in welke mate de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van een farmaceutische specialiteit en varieert naargelang van de therapeutische waarde, de plaats in de medische praktijk, prijs, de vergoedingsbasis en de verhouding tussen kost en therapeutische waarde van de specialiteit.</p> <p>Er zijn vijf vergoedingscategorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Categorie A: 100% vergoed want absoluut (levens-)noodzakelijk, ter behandeling van zware en langdurige pathologieën zoals kanker, TBC, diabetes, epilepsie, ...;</li> <li>- Categorie B: 75% vergoed want therapeutisch zeer belangrijk en met een hoge kostprijs, bijvoorbeeld antibiotica, geneesmiddelen voor hartziekten, geneesmiddelen tegen astma, ...;</li> <li>- Categorie C: 50% vergoed want iets minder belangrijk maar nog altijd 'noodzakelijk', bijvoorbeeld bepaalde vaccins, slijmverduunnende geneesmiddelen, geneesmiddelen ter behandeling van algemene verzwakking, circulatiestoornissen, ...;</li> <li>- Categorie Cs: 40% vergoed, bijvoorbeeld geneesmiddelen tegen allergie, griepvaccins;</li> <li>- Categorie Cx: 30% vergoed, bijvoorbeeld de anticonceptiepil;</li> <li>- Categorie D: 0% vergoed, bijvoorbeeld slaapmiddelen, pijnstillers</li> </ul> <p>(percentages voor gewoon verzekerden, niet opgenomen in een ziekenhuis en onverminderd eventuele remgeldplafonds).</p> <p>Er bestaan vandaag twee types van maximumfactuur: de sociale MAF, bepaald op grond van de sociale categorie van de rechthebbende, en de inkomens-MAF, bepaald op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende.</p>
-------------------	---

	<p>De '<b>sociale maximumfactuur</b>' wordt exclusief toegepast voor gezinnen waarvan minstens één gezinslid behoort tot een wettelijk bepaalde sociale categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming;</li> <li>- volledig werklozen sinds ten minste zes maanden;</li> <li>- rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag;</li> <li>- personen die een van de onderstaande uitkeringen ontvangen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o leefloon of soortgelijke OCMW-uitkering;</li> <li>o gewaarborgd inkomen voor bejaarden (oude regeling) of inkomensgarantie voor ouderen (regeling van toepassing op aanvragen vanaf 1 juni 2001);</li> <li>o tegemoetkoming voor gehandicapten (inkomensvervangende of integratietegemoetkoming voor personen met een handicap of tegemoetkoming hulp aan bejaarden).</li> </ul> </li> </ul> <p>De verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld op honderd procent zodra een dergelijk gezinslid samen met de personen te zijnen laste een jaarlijks bedrag aan remgeld uitgeeft dat meer bedraagt dan 450 euro.</p> <p>De '<b>inkomens-MAF</b>' wordt toegepast voor gezinnen die niet in aanmerking komen voor de sociale MAF, maar die gedurende het kalenderjaar toch een totaalbedrag aan remgeld ten laste nemen dat hoger ligt dan een bepaald referentiebedrag dat is vastgesteld in functie van het gezinsinkomen.</p> <p>Voor bepaalde categorieën van mensen (kinderen tot en met 18 jaar, kinderen met een handicap, inwonende zorgbehoevenden, langdurig werklozen, ...) wordt <b>extra bescherming</b> voorzien via uitzonderingen op de algemene MAF-regels (voordeligere berekening van het gezinsinkomen, lagere plafondbedragen, snellere terugbetaling, ...).</p> <p>De toepassing van de maximumfactuur heeft als <b>gevolg</b> dat het aandeel van het remgeld in de uitgaven voor verzekerde verstrekkingen herleid is van 8,3% tot 7,3%. Wanneer we niet alleen het remgeld maar ook de kosten van niet-terugbetaalbare verstrekkingen in rekening brengen, stellen we vast dat de persoonlijke uitgaven voor gezondheidszorg overeenstemmen met 25% van de totale uitgaven inzake geneeskundige verzorging. De persoonlijke uitgaven inzake geneeskundige verzorging worden dus niet zozeer bepaald door het 'meebetalen' op het vlak van terugbetaalbare verstrekkingen, maar wel door de uitgaven in verband met niet-terugbetaalbare verstrekkingen. Dit zijn uitgaven waar de MAF geen invloed op heeft. (cijfers van 2005, zie Comité Sociale Bescherming, 'Preliminary national report on health care &amp; long-term care' – België). Momenteel analyseert het KCE het effect van de maximumfactuur voor specifieke sociaaleconomische doelgroepen, om conclusies te kunnen trekken over de doelmatigheid van de gespendeerde middelen en de billijkheid van deze maatregel (zie Steekkaart 2.4.1).</p> <p>De regering heeft aangekondigd dat de kosten die worden opgenomen in de MAF-teller (de optelling van het werkelijk uitgegeven remgeld, ter vergelijking met het plafondbedrag) zullen worden uitgebreid voor <b>chronisch zieken</b>, om beter tegemoet te komen aan hun bijzondere nood aan geneeskundige verzorging.</p> <p>Momenteel evalueert men de mogelijkheid tot het opnemen van onder meer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de kosten van niet-vergoede pijnstillers;</li> <li>- de verplaatsingskosten van kankerpatiënten en kinderen aan nierdialyse;</li> <li>- de verpleegkundige zorg voor patiënten met epidermolysis bullosa (een genetisch bepaalde huidaandoening);</li> <li>- de kosten van actieve verbandmiddelen;</li> <li>- medische voeding.</li> </ul> <p>Er zal een lijst worden samengesteld van chronische ziekten waarvoor deze extra bescherming gerechtvaardigd is. Voor deze maatregel is een bedrag van 30,5 miljoen euro uitgetrokken op</p>
<b>Contacts</b>	<p>Marie-Jeanne Servotte  Directie Juridische Zaken en Toegankelijkheid  Dienst voor Geneeskundige verzorging – RIZIV  Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel - Tel. 02/739 78 46</p>

ID Number	2	1	6
Keyword	P 2, 3 & C	Lichamelijke gezondheid	Financiële toegankelijkheid
Impact	Direct: X		Indirect:
Priority strategy	Groepsgerichte benadering		
Title	Derdebetalersregeling		
Period			
Framework	<p>Voor de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen gelden er bij de verzekering voor geneeskundige verzorging twee naast elkaar bestaande betalingssystemen.</p> <p>De algemene regel is <b>terugbetaling achteraf</b> van de kosten voor geneeskundige verstrekkingen: de patiënt betaalt de zorgverstreker, die hem een attest overhandigt waarop de uitvoerde prestatie vermeld staat. De patiënt maakt dit attest vervolgens over aan zijn verzekeringsinstelling en wordt pas daarna terugbetaald. Op die wijze wordt de zorgverstreker meteen volledig vergoed voor de geleverde prestatie en wordt de patiënt geresponsabiliseerd voor de kosten op het vlak van gezondheidszorg die hij genereert. In bepaalde gevallen kan het tijdelijk ontberen van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming problematisch zijn voor de patiënt, of beleidsmatig ongewenst, bijvoorbeeld wanneer de patiënt zich in een precaire medische of sociaaleconomische situatie bevindt of wanneer de overheid het gebruik van bepaalde medische voorzieningen veeleer wil aanmoedigen dan ontmoedigen.</p> <p>In afwijking van het systeem van terugbetaling bestaat het <b>systeem van de derde betaler</b>. Dit systeem houdt in dat de zorgverstreker/zorginstelling het bedrag van de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering rechtstreeks ontvangt uit handen van het ziekenfonds van de patiënt-gerechtigde. Het persoonlijke aandeel (als dat er is) ontvangt de zorgverstreker dus van de patiënt en het deel van de prijs dat door de ziekteverzekering wordt gedragen, ontvangt hij van een derde betaler, namelijk de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten. Deze werkwijze is uiteraard voordeliger voor de patiënt omdat hij in dit geval het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming niet tijdelijk hoeft 'uit te lenen' aan het systeem om de periode van de verwerking van de vergoedingsaanvraag te overbruggen. Die last verschuift naar de zorgverlener, die pas later betaald wordt door de verzekeringsinstelling, na het vervullen van bepaalde administratieve formaliteiten (art. 2 KB 10/10/1986: 'De betaling geschiedt uiterlijk binnen de twee maanden na het einde van de maand tijdens dewelke de stukken die nodig zijn voor de facturering door de verzekeringsinstelling werden ontvangen.').</p>		
Activities	<p><b>De toepassing van de derdebetalersregeling</b> is, afhankelijk van de aard van de te betalen geneeskundige verzorging, verplicht, verboden of mogelijk.</p> <p>1. De toepassing van de derdebetalersregeling is <b>verplicht</b> voor de kosten van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verblijf in een ziekenhuis en alle geneeskundige verstrekkingen toegediend tijdens een ziekenhuisopname;</li> <li>- verstrekkingen inzake klinische biologie (een medische specialiteit die zich toelegt op het aantonen van afwijkingen in het bloed of andere lichaamsvochten aan de hand van laboratoriumtechnieken);</li> <li>- verstrekkingen in het kader van georganiseerde borstkankerscreening (zie steekkaart borstkankerscreening).</li> </ul>		

	<p>2. De toepassing van de derdebetalersregeling is <b>verboden</b> voor de kosten van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- raadplegingen, bezoeken en adviezen van huisartsen en specialisten;</li> <li>- bepaalde verstrekkingen door tandheelkundigen (raadplegingen voor patiënten ouder dan 12 jaar, preventieve behandelingen, conserverende tandverzorging voor patiënten ouder dan 18 jaar zoals de behandeling van een tand of wortelkanaal en tandradiografieën bij niet-gehospitaliseerden);</li> <li>- verplaatsingen voor bezoeken of verstrekkingen aan huis van geneesheren of tandheelkundigen (reiskosten).</li> </ul> <p>Een <b>uitzondering op dit verbod</b> is evenwel voorzien indien de voormelde verstrekkingen worden toegediend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in het kader van de forfaitaire geneeskunde (zie steekkaart forfaitaire geneeskunde);</li> <li>- in geestelijke gezondheidscentra, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en opvangcentra voor drugverslaafden;</li> <li>- in instellingen gespecialiseerd in de verzorging van kinderen, bejaarden of gehandicapten;</li> <li>- aan rechthebbenden die in de loop van de behandeling overlijden of in coma liggen;</li> <li>- aan rechthebbenden die zich in een individuele financiële noodsituatie bevinden (verklaard op erewoord door de patiënt of verklaard door de zorgverlener);</li> <li>- aan rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming;</li> <li>- aan gerechtigden en hun personen ten laste die zijn vrijgesteld van de bijdrageplicht omdat hun jaarlijks bruto belastbaar inkomen lager is dan het jaarbedrag van het leefloon;</li> <li>- aan rechthebbenden die gedurende ten minste zes maanden volledig werkloos zijn;</li> <li>- aan rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag;</li> <li>- ook de kosten van het beheer van het Globaal Medisch Dossier behoren tot de uitzonderingen.</li> </ul> <p>In deze tien uitzonderingsgevallen is de toepassing van de derdebetalersregeling voor deze verstrekkingen dus in principe toch mogelijk. Let wel: aan elk van deze uitzonderingen zijn nog specifieke bijkomende voorwaarden verbonden, veelal bestaande uit administratieve verplichtingen voor de zorgverlener. Bovendien is voor de toepassing van deze uitzonderingen ook altijd de toestemming van de zorgverlener vereist. Enkel indien de patiënt de toepassing van de derdebetalersregeling vraagt voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier, kan de arts de toepassing niet weigeren.</p> <p>3. Voor andere verstrekkingen dan deze bedoeld onder het stelsel van verplichte en verboden toepassing, zoals geneesmiddelen, is de toepassing van de derdebetalersregeling <b>mogelijk</b> op voorwaarde dat de zorgverlener toetreedt tot een overeenkomst en onder een aantal bijkomende voorwaarden.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Marie-Jeanne Servotte  Directie Juridische Zaken en Toegankelijkheid  Dienst voor Geneeskundige verzorging - RIZIV  Tervurenlaan 211- 1150 Brussel - Tel. 02/739 78 46</p>

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1, P2</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke</b>	<b>Partnergeweld</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Nationaal Actieplan tegen Partnergeweld</b>		
<b>Period</b>	2004 -		
<b>Framework</b>	<p>Het eerste Nationaal Actieplan tegen Geweld werd in België goedgekeurd in 2001 als gevolg van een beslissing van de Interministeriële Conferentie over Gelijke Kansen. Dit plan voorzag programmavoorstellen op vijf specifieke terreinen (waarvan de eerste twee prioritair bleken te zijn): partnergeweld, geweld op het werk, mensenhandel met het oog op seksueel misbruik, het asielbeleid, internationale aangelegenheden en ontwikkelingssamenwerking.</p> <p>Volgens cijfers van Amnesty International (2004) is in België één vrouw op vijf het slachtoffer van partnergeweld. Op basis van de evaluatie van het Nationale Actieplan 2001- 2003 werd in 2004 een Federaal Actieplan inzake Partnergeweld uitgewerkt en goedgekeurd. Dit federale actieplan werd opgesteld door de federale ministers voor Gelijke Kansen, Volksgezondheid, Binnenlandse Zaken en Justitie en de staatssecretaris voor het Gezin.</p> <p>Aanvankelijk voorzag dit federale plan een samenwerking met de gemeenschappen en de gewesten, een onontbeerlijk element voor de coherentie en de doeltreffendheid van overheidsacties ter zake. In 2005 werd beslist het federale actieplan 2004-2007 te wijzigen om een <b>Gemeenschappelijk Nationaal Actieplan</b> op te stellen voor het federale, gemeenschaps- en gewestniveau. Het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen (IGVM) kreeg de opdracht het nationale plan te coördineren en te evalueren.</p> <p>In deze context werd een interministeriële werkgroep opgericht om de coherentie van de overheidsacties op het vlak van de strijd tegen partnergeweld te versterken. Een van de eerste activiteiten van deze werkgroep bestond in het opstellen van een gemeenschappelijke definitie van partnergeweld voor de federale, gemeenschaps- en gewestelijke overheid; namelijk: 'Geweld in intieme relaties is een geheel van gedragingen, handelingen en houdingen van een van de partners of ex-partners die erop gericht zijn de andere te controleren en te domineren. Het omvat fysieke, psychische, seksuele en economische agressie, bedreigingen of geweldplegingen die zich herhalen of kunnen herhalen en die de integriteit van de ander en zelfs zijn sociaal-professionele integratie aantasten. Dit geweld treft niet alleen het slachtoffer, maar ook de andere familieleden, onder wie de kinderen. Het is een vorm van intrafamiliaal geweld. Meestal zijn de daders van dit geweld mannen en de slachtoffers vrouwen. Geweld in intieme relaties is een uiting in de privésfeer van de ongelijke machtsverhoudingen die in onze samenleving nog altijd bestaan tussen vrouwen en mannen.'</p>		

Activities	<p>Het nationale actieplan wil komen tot meer concrete acties om partnergeweld tegen te gaan, op preventief, curatief en repressief vlak. Het plan werd uitgewerkt op basis van zes grote strategische doelstellingen:</p> <p><b>Sensibilisering:</b> Het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen organiseert sensibiliseringscampagnes gericht op slachtoffers en specifieke doelgroepen met behulp van folders en brochures in veertien verschillende talen. Er zijn diverse acties voorzien in samenwerking met het departement Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid. <b>Het actieplan legt vooral de nadruk op maatregelen op het vlak van sensibilisering van artsen en verplegend personeel met betrekking tot partnergeweld en op het opsporen van geweld tijdens de zwangerschap.</b></p> <p><b>Vorming:</b> Een van de krachtlijnen van het Nationale Actieplan tegen Partnergeweld 2004-2007 bestaat in de beoordeling van het niveau van scholing van de beroepskrachten die werken aan een oplossing van het fenomeen. De departementen worden opgeroepen om in het kader van hun vorming samen te werken met het IGVM.</p> <p><b>Preventie:</b> De impact van de 'witte lintencampagne' die bedoeld was om de mannen op te roepen om niet langer partnergeweld te plegen, wordt nu geëvalueerd. Een ander belangrijk aandachtspunt is de hulp aan de daders van partnergeweld. Sinds 2003 financiert het federale Gelijkekansenbeleid drie experimentele projecten op het vlak van therapie voor geweldplegers.</p> <p><b>Opvang en bescherming van slachtoffers:</b> <b>In 2003 werd een onderzoek uitgevoerd in verband met de registratie van partnergeweld in de hulp- en de medische sector.</b> Een instrument voor aangifte is ook uitgetest in een aantal organisaties voor slachtofferhulp. Dit systeem zou binnenkort in werking moeten treden in samenwerking met de gemeenschappen en de gewesten.</p> <p><b>Repressieve en andere maatregelen</b> Het IVGM kan hulp bieden aan iedereen die een verzoek tot advies indient, het beschikt ook over het recht om in rechte op te treden in het kader van geschillen die vallen onder de strafwetten en de andere wetten die de gelijkheid tussen vrouwen en mannen moeten bevorderen.</p> <p><b>Evaluatie</b> Alle acties die de verschillende overheidsniveaus, departementen en instanties voeren op het vlak van de strijd tegen partnergeweld, worden besproken in het kader van een interdepartementaal netwerk en maken ook het voorwerp uit van een kwalitatieve evaluatie. Om te komen tot een kwantitatieve evaluatie worden indicatoren uitgewerkt met de verschillende departementen per doelstelling, of per actie, om de evaluatie ervan te verbeteren.</p>
Contacts	<p>Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen 02/233 42 65</p>



<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Financiële toegankelijkheid</b>
<b>Impact</b>	Direct: X		Indirect:
<b>Priority strategy</b>	Gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Forfaitaire geneeskunde of abonnementsgeneeskunde ('capitation payment')</b>		
<b>Period</b>			
<b>Framework</b>	Artikel 52 van de ZIV-wet van 14 juli 1994 voorziet dat huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft. Deze forfaitaire regeling vervangt dan het systeem van betaling per prestatie.		
<b>Activities</b>	<p>Maandelijks ontvangen de zorgverleners een vast bedrag voor alle ingeschreven patiënten, ongeacht of ze in die maand op consultatie komen of niet. Dit bedrag wordt berekend aan de hand van de gemiddelde terugbetaling voor de zorgverstrekking per patiëntencategorie. Dit 'abonnement' omvat de betaling van consultaties en huisbezoeken. Technische prestaties vallen daarbuiten (die worden verrekend via het derdebetalerssysteem).</p> <p>Binnen dit systeem verbinden de zorgverleners zich ertoe om de bij hen ingeschreven patiënten geen betaling per prestatie meer te vragen. Dit komt er in de praktijk op neer dat de consultatie van een huisarts, kinesist of verpleegkundige kosteloos wordt voor de patiënt. Daar staat dan wel tegenover dat deze zich voor de onder het forfait vallende verzorging altijd tot deze zelfde zorgverlenersgroep dient te wenden, zoniet verliest hij zijn recht op tussenkomst van de ziekteverzekering.</p> <p>Wanneer een patiënt is ingeschreven bij een bepaald centrum en een hulpverlener (huisarts, verpleegkundige, kinesist) raadpleegt buiten dat centrum (hoewel de betreffende discipline wel vertegenwoordigd is in het centrum), zal het ziekenfonds deze prestatie niet terugbetalen. Gebeurt deze raadpleging in het kader van nacht- of weekendwacht of na overleg met het centrum, dan betaalt het centrum dat voor de patiënt een maandelijks forfait ontvangt de prestatie terug. Indien een patiënt verhuist of hulpverlening buiten het centrum wenst, moet hij worden uitgeschreven. De patiënt heeft de vrijheid om binnen het centrum zijn/haar arts te kiezen.</p> <p>Het forfaitaire betalingssysteem wordt vooral toegepast in groepspraktijken en dan voornamelijk in de wijkgezondheidscentra en de 'Maisons médicales'.</p>		
<b>Contacts</b>	Vereniging van Wijkgezondheidscentra G. Schildknechtstraat, 9 - 1020 Brussel <a href="http://www.vwgc.be">www.vwgc.be</a>		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Sociale inclusie</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Tewerkstelling van ervaringsdeskundigen op het vlak van armoede en sociale uitsluiting binnen de federale overheid</b>		
<b>Period</b>	2004 – 2007		
<b>Framework</b>	<p>De organisatie van dit tewerkstellingsproject valt onder de bevoegdheid van de POD Maatschappelijke Integratie.</p> <p>De zo volledig mogelijke realisatie van de sociale grondrechten voor iedere burger vormt het algemene kader voor dit project (zie Algemeen Verslag van de Armoede, 1994).</p> <p>De primaire doelstelling betreft de betere afstemming van het beleid op de noden van kansarmen door hen in te zetten als werknemer in diverse overheidsinstellingen. Op die wijze ontstaat een bredere sensibilisering voor de armoedeproblematiek: er komt een dialoog tot stand en de participatiegedachte wordt op structurele wijze ingebouwd.</p>		

<b>Activities</b>	<p>Vzw De Link organiseerde in oktober 2004 voor de eerste keer de opleiding <b>‘ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting’</b> in Vlaanderen. Het ‘Institut Roger Gilbert’ organiseerde de opleiding aan Waalse kant.</p> <p>Deze opleiding ging voor het eerst van start in oktober 2005. Mensen die in kansarmoede hebben geleefd, leren hoe zij die ervaring kunnen aanwenden als tolk, adviseur of deskundige. In de loop van de jaren is een dertigtal ervaringsdeskundigen tewerkgesteld in diverse beleidsinstellingen.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Vzw De Link: Boomgaardstraat 38, 2018 Berchem 03/218 88 78 - Ed.link@pi.be</p> <p>Institut Roger Gilbert Institut Roger Gilbert /CERIA, Emile Grysonlaan 1, 1070 Brussel 02/526 75 40</p> <p>Université Libre de Bruxelles (evaluatie) Secrétariat de la Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques F.D. Rooseveltlaan 50, 1050 Brussel, 02/650 39 05</p> <p>Hoger Instituut voor de Arbeid (evaluatie) Huis Bethlehem, Schapenstraat 34, 3000 Leuven, 016/32 40 65 mailto:Roger.Bouillon@rec.kuleuven.beonderzoek@kuleuven.be</p> <p>POD Maatschappelijke Integratie <a href="http://www.mi-is.be">http://www.mi-is.be</a></p>

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>sociale inclusie</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve benadering		
<b>Title</b>	<b>Aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid in Europa (EUROTHINE)</b>		
<b>Period</b>	2006 – 2007		
<b>Framework</b>	<p>Project gefinancierd door de Europese Commissie en gecoördineerd door de Erasmus Universiteit van Rotterdam. Naast het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) maken verschillende Europese partners deel uit van het project, uit Duitsland, Estland, Italië, Nederland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.</p> <p>Het doel van het project is het bevorderen van een wederzijds leerproces door het verzamelen en analyseren van informatie uit verschillende Europese landen. Dit moet beleidsmakers op nationaal en Europees niveau helpen bij het ontwikkelen van rationele strategieën voor de bestrijding van sociale ongelijkheid in gezondheid.</p>		
<b>Activities</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het ontwikkelen en verzamelen van indicatoren voor het meten van sociaaleconomische verschillen op het vlak van gezondheid en het toeleveren van vergelijkbare data in verband met ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsdeterminanten aan de deelnemende landen</li> <li>- Het inschatten van de effectiviteit van het beleid en van maatregelen om de determinanten van ongelijkheid op het vlak van gezondheid aan te pakken en het ontwikkelen van aanbevelingen in verband met strategieën om in de deelnemende landen de ongelijkheid in gezondheid te verminderen.</li> <li>- Het verspreiden van de resultaten en het ontwikkelen en voorstellen van een permanent Europees coördinatiecentrum voor de strijd tegen ongelijkheid in gezondheid.</li> </ul> <p>Binnen het EUROTHINE-project is het WIV, als projectleider, verantwoordelijk voor de analyse van de impact van gedrag dat verband houdt met gezondheid (roken, consumptie van alcohol, overgewicht) op de internationale verschillen in ongelijkheid in gezondheid.</p>		
<b>Contacts</b>	<p>Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)          Juliette Wuytsmanstraat 14 – 1050 Brussel          FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu          Stefaan Demarest: 02/642 57 49          Herman Van Oyen: 02/642 50 29</p>		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Aanpak SEGV</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve benadering		
<b>Title</b>	<b>Aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid in België (TAHIB)</b>		
<b>Period</b>	2006 – 2009		
<b>Framework</b>	<p>Er werd vastgesteld dat gedrag dat verband houdt met gezondheid bijdraagt tot sociaaleconomische ongelijkheid op het vlak van mortaliteit en morbiditeit. Het verminderen van verschillen op het vlak van schadelijke levenswijzen zoals roken, drinken en overgewicht en op het vlak van gezondheidsbevorderende levenswijzen zoals lichamelijke activiteit, is essentieel in eender welke algemene strategie om de ongelijkheid op het vlak van gezondheid terug te dringen.</p> <p>Een gezondheidsbevorderend beleid en acties om schadelijk gedrag te verminderen, vergroten en versterken echter vaak de gezondheidskloof in plaats van die te overbruggen omwille van verschillen in toegang en gebruik tussen sociale groepen. Verder is het belang van individuele factoren onzeker omdat er waarschijnlijk ook verschillen zijn per geslacht en omdat die factoren sterk onderhevig zijn aan veranderingen in de tijd.</p> <p>Daarom voeren WIV, UCL, ULB en de Universiteit van Bristol (UB), met de financiering van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (onderzoeksprogramma 'Samenleving en Toekomst'), een onderzoeksproject uit in verband met determinanten van gezondheidsverschillen. Dit project is vooral gericht op het effect van de sociale ongelijkheid in levensstijl en moet de basis versterken voor de ontwikkeling van systematische en uitvoerige beleidsstrategieën om verschillen op het vlak van gezondheid aan te pakken. Door vast te stellen dat de levensverwachting van de verschillende maatschappelijke groepen op verschillende wijze evolueert, wil men de ongelijkheid op het vlak van gezondheid bovenaan de agenda plaatsen.</p>		
<b>Activities</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijving van de sociale verschillen op het vlak van gezondheid, mortaliteit en levensverwachting zonder beperkingen (DFLE) en evaluatie van differentiële compressie/uitbreiding DFLE per sociaaleconomische status in de tijd.</li> <li>- Analyse van sociale verschillen op het vlak van gezondheid in relatie tot longitudinale veranderingen in sociaaleconomische status (SES) tussen 1991 en 2001 door de opvolging van de steekproef van de volkstelling 1991 (census) en studie van het longitudinale effect van de (veranderde) sociaaleconomische status qua gezondheid en levensstijl op basis van de Panel Studie van Belgische Huishoudens (PSBH).</li> <li>- Studie van het effect van contextuele factoren op de maatschappelijke ongelijkheid in gezondheid en sterfte.</li> <li>- Evaluatie van de tijdstrend in de samenhang tussen de maatschappelijke ongelijkheid in gezondheid en de maatschappelijke ongelijkheid in levensstijl.</li> <li>- Set van beleidsaanbevelingen gericht op een vermindering van de vastgestelde verschillen.</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	<p>Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)          Juliette Wuytsmanstraat 14 – 1050 Brussel          FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu          Pieter-Jan Miermans - Tel.: 32 2 642 57 54          Stefaan Demarest – Tel.: 32 2 642 57 94</p>		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Wetgeving</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Wet betreffende de Rechten van de Patiënt</b>		
<b>Period</b>	2002 -		
<b>Framework</b>	<p>De wet over de patiëntenrechten werd in België voorgesteld om 'een dialoog en een vertrouwensrelatie uit te bouwen tussen professionele zorgverstrekkers en patiënten, om een partnerschap op te zetten en de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.' (Jef Tavernier, federaal minister van Volksgezondheid)</p> <p>Zoals de meeste andere lidstaten van de Europese Unie was België tot in 2002 een land waar de bescherming van de rechten van de patiënt weliswaar niet helemaal onbestaande was, maar toch moest worden afgeleid uit internationale verdragen (zo werd het recht op lichamelijke integriteit bijvoorbeeld afgeleid uit artikel 8 van de Europese Conventie over de Mensenrechten), uit algemene rechtsprincipes (zo wordt het principe van geïnformeerde instemming in alle lidstaten van de EU beschouwd als een principe van medisch recht), van grondwettelijke bepalingen zoals die in verband met het recht op het privéleven (artikel 22 van de Grondwet) en met de gezondheidszorg (artikel 23 van de Grondwet) en strafrechtelijke bepalingen zoals die in verband met het medische beroepsgeheim (artikel 458 van het Wetboek van Strafrecht).</p> <p>De versterking van de juridische positie van de patiënt past trouwens ook in het kader van ontwikkelingen op internationaal vlak zoals de Verklaring van Amsterdam van de Wereldgezondheidsorganisatie WGO (1994), de Europese Conventie inzake de rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (1997) van de Raad van Europa.</p> <p>De wet over de patiëntenrechten heeft alleen betrekking op de individuele rechten van de patiënt (en heeft dus geen aandacht voor het sociale grondrecht op gezondheidszorg zoals afgeleid uit artikel 23 van de Belgische Grondwet). De individuele rechten worden vooral bepaald voor het terrein van de relatie tussen de patiënt en de zorgverstrekker.</p> <p>We willen er hier ook nog op wijzen dat de wet op geen enkele manier de verplichtingen van de patiënt of de rechten van artsen bepaalt en dat zij voorbijgaat aan het concept van schadevergoeding (dat het voorwerp moet uitmaken van een volgend besluit).</p>		

<b>Activities</b>	<p>De wet over de patiëntenrechten heeft betrekking op alle professionele ‘erkende’ verstrekkers van gezondheidszorg: artsen, apothekers, tandartsen, verple(e)g(st)ers, kinesitherapeuten, paramedici en ook de ‘niet-conventionele’ zorgverstrekkers (maar niet de psychologen). De wet wil een verduidelijkende wet zijn die een hele reeks bestaande medische plichten bijeenbrengt en enkele nieuwe concepten verduidelijkt. Deze wet bepaalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het recht op de verstrekking van kwaliteitsvolle zorg. De patiënt heeft recht op respect voor zijn waardigheid en zijn zelfstandigheid. Hij moet ook worden verzorgd <b>ongeacht zijn sociale, raciale of financiële situatie</b>.</li> <li>- Het recht op de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar.</li> <li>- Het recht op bescherming van de privacy.</li> <li>- Het recht op informatie: De beroepsbeoefenaar moet de patiënt informeren, in een begrijpelijke taal over zijn gezondheidstoestand (diagnose, prognose). De patiënt kan een vertrouwenspersoon aanduiden om de informatie te ontvangen. De patiënt kan de informatie weigeren en de arts moet met deze weigering instemmen behalve wanneer de onwetendheid over deze ziekte gevaarlijk is voor de patiënt of zijn omgeving. De arts mag ook weigeren om informatie te geven wanneer hij van mening is dat de kennis ervan een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de patiënt (therapeutische uitzondering).</li> <li>- Het recht op toestemming: De informatie die aan de patiënt wordt verstrekt met het oog op het geven van zijn toestemming, hebben betrekking op het doel, de aard, de mate van dringendheid, de duur, de frequentie, de contra-indicaties, de risico's, de neveneffecten, de therapeutische alternatieven en de financiële gevolgen. De patiënt kan de toestemming op elk moment intrekken. Wanneer het in een noodgeval niet mogelijk is om de toestemming van de patiënt te krijgen, primeert de dringende medische hulpverlening.</li> <li>- Het recht om het dossier te raadplegen: De patiënt heeft het recht op rechtstreekse inzage in zijn medisch dossier.</li> <li>- De vertegenwoordiging van de patiënt die niet in staat is zijn wil uit te drukken.</li> <li>- Het recht op bemiddeling. De patiënt heeft het recht om een klacht in te dienen over de uitoefening van zijn rechten bij een bevoegde ombudsdienst. Deze ombudsdienst moet informeren, communiceren, proberen een oplossing te vinden voor het gemelde probleem en aanbevelingen formuleren om de gebreken te herstellen die aanleiding hebben gegeven tot de klacht.</li> <li>- De oprichting van een federale commissie die precies de opdracht heeft de toepassing van de wet en ook de werking van de ombudsdiensten te evalueren en de klachten over deze diensten te behandelen. Een nationale ombudsdienst wordt bij deze commissie opgericht.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	<p>Secretariaat Federale Commissie Patiëntenrechten Vincent Hubert: 02/524.85.23 - vincent.hubert@health.fgov.be</p>



<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
<b>Keyword</b>	<b>/</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Toegankelijkheid / budget</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve benadering		
<b>Title</b>	<b>Onderzoek door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg</b>		
<b>Period</b>	Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE werd opgericht op 24 december 2002 naar aanleiding van de Programmawet.		
<b>Framework</b>	<p>De missie en de opdrachten van het Kenniscentrum worden gedefinieerd in de Programmawet van 24 december 2002 ter oprichting van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (artikels 262 tot 266). De activiteiten van het kenniscentrum gingen van start in de loop van 2004. Hiermee volgde België het voorbeeld van talrijke andere geïndustrialiseerde landen. De opdracht die werd gegeven aan de directie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg vereist een multidisciplinair team van experts, ondersteund door een extern kennisnetwerk. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een publieke instelling, opgericht op het federale niveau.</p> <p>De oprichting van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moet gezien worden in de context van de groeiende hoeveelheid openbare en particuliere middelen die naar de gezondheidszorg vloeit. Die stijgende uitgaven kunnen verklaard worden door een aantal factoren, zoals de toenemende vergrijzing en de meer gesofistikeerde technologie. Omwille van die stijgende uitgaven ontstond de vraag naar objectieve informatie over het rationele karakter van genomen beslissingen. Het Federaal Kenniscentrum bezorgt recente, wetenschappelijke informatie aan de Belgische beleidsmakers en verantwoordelijken. Die informatie beslaat drie domeinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie met betrekking tot goede medische praktijken en aanbevelingen op basis van 'evidence based medicine'.</li> <li>- Informatie met betrekking tot de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van nieuwe technologieën.</li> <li>- Informatie met betrekking tot de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg die een doelmatig gebruik door verstrekkers en patiënten stimuleert. Het is vooral bij deze laatste informatiebron dat extra aandacht wordt besteed aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en sociale verschillen in gezondheid.</li> </ul> <p>Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ondersteunt de besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. In een wetenschappelijk kader wordt gezocht naar de 'best mogelijke oplossingen' in een context van een optimaal toegankelijke gezondheidszorg van een hoge kwaliteit. De primaire doelstelling van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bestaat in het verstrekken van wetenschappelijke, actuele informatie aan de Belgische beleidsmakers en -verantwoordelijken. Het centrum wil een objectief en efficiënt hulpmiddel vormen bij de besluitvorming over thema's in de volksgezondheid. Om dit te kunnen bereiken, zijn drie tussentijdse operationele doelstellingen vooropgesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onafhankelijke expertise opbouwen van een hoge kwaliteit.</li> <li>- Actuele wetenschappelijke informatie en betrouwbare statistische gegevens verzamelen.</li> <li>- Beleidsondersteunende rapporten schrijven met veel oog voor de communicatie over de resultaten en met veel aandacht voor de elementen die de kans op succesvolle implementatie verhogen.</li> </ul>		

<b>Activities</b>	<p>Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg analyseert op wetenschappelijk onderbouwde wijze de actuele Belgische situatie. Het zoekt naar mogelijke oplossingen om de huidige toestand te verbeteren. Die oplossingen kunnen aanpassingen zijn aan de financiering, de informatieverstrekking, de opleiding of de reglementering. Alle verzamelde informatie wordt samen met de beleidsaanbevelingen samengevat in een publiek volledig toegankelijk rapport. Dit proces is onderhevig aan een strikte, interne kwaliteitscontrole en moet eveneens door drie externe personen worden gevalideerd. Deze strenge kwaliteitscontrole verhoogt in grote mate de objectiviteit.</p> <p>Binnen het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg zijn er vier grote onderzoeksdomeinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse klinische praktijk en ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen</li> <li>- Evaluatie van medische technologie</li> <li>- Organisatie en financiering van de gezondheidszorg</li> <li>- <b>Billijkheid ('equity') en patiëntengedrag.</b></li> </ul> <p>Het is voornamelijk dit laatste onderzoeksdomein dat sterk inspeelt op de sociaaleconomische verschillen in gezondheid. De discussie over toegankelijkheid en de verdeling van middelen komt hierbij uitgebreid aan bod. Zo wordt momenteel het effect van de maximumfactuur geanalyseerd voor specifieke sociaaleconomische doelgroepen (in functie van hun aandoeningen), om conclusies te kunnen trekken over de doelmatigheid van de gespendeerde middelen en de billijkheid van de uitgevaardigde maatregelen.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)  Wetstraat 62, 1040 Brussel, 02/287 33 88 of 02/287 33 97  info@kenniscentrum.fgov.be</p>

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>14</b>
<b>Keyword</b>	<b>PS &amp; P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Allochtonen</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg</b>		
<b>Period</b>	Eerste experimenten in de jaren 1970 -		
<b>Framework</b>	<p>In dit voorbeeld ligt de klemtoon vooral op de initiatieven van de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap. Er worden ook enkele initiatieven in de Franse Gemeenschap vermeld.</p> <p><b>Algemeen wettelijk kader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijzondere wet van 8 augustus 1980: het beleid inzake onthaal en integratie van inwijkelingen wordt een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.</li> <li>- Decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen. Dit decreet stelde minimale eisen inzake de kwaliteit van hulp- en dienstverlening aan de gebruikers. Een toegankelijke zorg op maat was de rode draad doorheen de concrete acties en plannen.</li> <li>- Decreet 28 april 1998: Decreet inzake erkenning en subsidiëring van de categoriale sector (dit is een netwerk van centra en diensten betoelaagd door de Vlaamse overheid om op het terrein mee uitvoering te geven aan het minderhedenbeleid).</li> </ul> <p><b>Gezondheid als basisrecht</b></p> <p>Het recht op gezondheid en gezondheidszorg is een fundamenteel recht voor alle individuen. Dit basisrecht wordt erkend door de belangrijkste multilaterale organisaties die actief zijn in de gezondheidszorg. Ook in België staat het universele recht op gezondheidszorg al sinds lange tijd centraal. De effectieve toegang tot de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen vormt hierbij een belangrijk uitgangspunt. In dit voorbeeld ligt de klemtoon vooral op de initiatieven van de Vlaamse Gemeenschap.</p> <p><b>Opzet van het initiatief van interculturele bemiddeling</b></p> <p>Een van de voorafgaande voorwaarden voor een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorgverlening is een goede communicatie tussen hulpvragers en zorgverstrekkers. De zorgverlening aan de allochtone gemeenschap kenmerkt zich echter door een gebrekkige en moeizame communicatie. Het tekort aan communicatie heeft niet enkel betrekking op taalproblemen, maar heeft ook te maken met sociaal-culturele factoren. Die factoren beïnvloeden in sterke mate de houding van een persoon tegenover een ziekte en de beleving ervan en hebben evenzeer invloed op de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Het gebrek aan een vlotte communicatie met de allochtone gemeenschap beïnvloedt de mate van toegankelijkheid van de voorzieningen en heeft eveneens invloed op de kwaliteit van de zorgverlening.</p> <p><b>Eerste aanzet</b></p> <p>Een van de mogelijkheden die werden aangereikt om de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor de allochtone gemeenschap te verhogen, was de interculturele bemiddeling. De eerste initiatieven dateren uit de jaren 1970. Het OCMW van Antwerpen gebruikte tolken in een medische context. Dit vormde de aanzet tot latere initiatieven. In Brussel werd in 1986 een project voor 'Vorming van tolken in een sociaal-medische context' opgezet en gefinancierd door de Franse Gemeenschap.</p>		

**Vlaamse Gemeenschap: project 'Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg'**

In 1991 lanceerde de Vlaamse Gemeenschap het project 'Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg'. Gedurende acht jaar werden intercultureel bemiddelaars opgeleid en vervolgens ingezet in diverse domeinen van de gezondheidszorg (preventieve gezondheidsdiensten, ziekenhuizen, kleinere instellingen, individuele zorgverstrekkers, ...).

1999 betekende het einde van het project in de gezondheidszorg aan Vlaamse zijde. Er kwam een vervolg door de inzet van intercultureel bemiddelaars in de onderwijssector, meer bepaald in het Medisch Schooltoezicht.

Het betreft hier enkel initiatieven op projectmatige basis en hoewel interculturele bemiddeling in een groot aantal instellingen (bv. Kind en Gezin) een structurele inbedding kende, werd later toch gekozen voor een andere benadering. De nadruk kwam vooral te liggen op het bevorderen van een evenredige aanwezigheid van migranten in de reguliere tewerkstelling.

In de Vlaamse Gemeenschap werd in de latere jaren bovendien meer aandacht besteed aan sociaal tolken. De taak van deze tolken bestaat in vertalen en er is geen sprake van bemiddeling. Zo werd in 2001 een Vlaamse centrale tolkendienst, Babel, opgericht op initiatief van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen. Babel is een deelwerking van het Vlaams Minderhedencentrum. Het bevorderen van de toegankelijkheid van de diverse maatschappelijke voorzieningen staat hierbij centraal.

**Franse Gemeenschap: interculturele bemiddeling**

In 1991 stelde de Franse Gemeenschap in het kader van het beleid tot integratie van de migrantenbevolking en het Impulsfonds voor het Migrantenbeleid (FIPI) de vzw 'Culture et Santé' aan om in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een netwerk van sociaal en medische tolken op te zetten. Dit project werd overgenomen door de vzw 'Interprétariat social et médical' (ISM) en ging in mei 1992 van start. In het kader van dit project verstrekt ISM vorming en begeleiding aan migrantenvrouwen.

**Federale overheid: initiatief inzake interculturele bemiddeling in ziekenhuizen**

Tussen 1997 en 1998 liep er een federaal experiment in een twintigtal Belgische ziekenhuizen. In Vlaanderen ging dit project van start op 1 september 1997. In Wallonië werd het startschot gegeven op 15 november 1997. Beide initiatieven kwamen er in opdracht van de Interministeriële Conferentie voor het Migrantenbeleid. De middelen kwamen van het Impulsfonds voor het Migrantenbeleid, dat in 1991 werd opgericht om ondersteuning te bieden aan diverse projecten ter bevordering van de integratie en ter bestrijding van discriminatie. Het toenmalig ministerie van Sociale Zaken, Leefmilieu en Volksgezondheid droeg de verantwoordelijkheid voor het project. Tegelijk werd ook een coördinatiecel interculturele bemiddeling opgericht voor de begeleiding en evaluatie van deze initiatieven.

<b>Activities</b>	<p>De opdrachten van de intercultureel bemiddelaars kunnen in twee categorieën worden opgedeeld.</p> <p><b>Persoonsgericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertaling</li> <li>- 'Culture brokerage': de bemiddelaar verstrekt informatie aan de hulpverlener over de culturele achtergrond van de patiënt. Die culturele factoren hebben een belangrijke invloed op de beleving van de ziekte, op het aanvaarden van de behandeling, ...</li> <li>- Bemiddeling ten behoeve van de individuele patiënt in functie van taalproblemen, culturele problemen, administratieve problemen.</li> <li>- Gezondheidsvoorlichting</li> </ul> <p><b>Groepsgericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verduidelijken van de verschillende aspecten van het ziekenhuis ten behoeve van de allochtone gemeenschap.</li> <li>- Informatie voorzien voor de allochtone gemeenschap: opleiding, informatie met betrekking tot de voorzieningen.</li> </ul> <p>In 2005 zijn er ongeveer 65.000 interventies geweest. De begunstigden hiervan zijn personen van alle leeftijden, vooral van Marokkaanse en Turkse oorsprong. De bemiddeling gebeurt meer voor vrouwen dan voor mannen. Het initiatief tot bemiddeling wordt in 22% van de gevallen genomen door de dokters, in 20% door de verpleegsters, in 20% door de patiënten, in 13% door de bemiddelaars en in 10% door de maatschappelijk werkers. Mettertijd is het aantal vragen afkomstig van dokters toegenomen. Deze interventies hebben betrekking op tolkwerk (40% van de bemiddeling) gevolgd door steun, door boodschappen die moeten worden overgebracht tussen verzorger en patiënt en van patiënt naar verzorger, onderhandeling over de behandeling, informatie over de werking van het ziekenhuis of ook informatie voor de familieleden. Meer dan de helft van de bemiddelingsinterventies gebeurt in aanwezigheid van drie personen (dokter/bemiddelaar/patiënt).</p>
<b>Contacts</b>	<p>Hans Verrept - Hans.verrept@health.fgov.be          Celverantwoordelijke Interculturele Bemiddeling          FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.          Eurostation, Victor Hortaplein 40 (bus 10), 1060 Brussel 02/524 86 07</p>

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>15</b>
<b>Keyword</b>	<b>/</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke</b>	<b>Belgisch armoedebeleid</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve en beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Intergouvernementeel en intersectoraal overleg en monitoring op Belgisch niveau inzake de armoedeproblematiek en het armoedebeleid</b>		
<b>Period</b>	Historiek vanaf 1991		
<b>Framework</b>	<p>In België (en in de rest van de wereld) groeit het besef dat er dringend nood is aan een geïntegreerde aanpak van de problematiek van sociale uitsluiting – waarvan ongelijkheid in gezondheid slechts een deelaspect is. Dat wil zeggen een beleid dat multisectoraal en intersectoraal is (werkgelegenheid, onderwijs, gezondheid, huisvesting, inkomen) en steunt op een draagvlak van alle betrokkenen (de overheidsdiensten, het maatschappelijke middenveld, het bedrijfsleven, de wetenschappelijke wereld en de sociaal uitgesloten personen zelf).</p> <p>Vanuit deze visie zijn een aantal opvolgings- en beleidsinstrumenten in het leven geroepen om een beter inzicht te verwerven in de armoedeproblematiek en te komen tot een betere organisatie van het armoedebeleid. Enerzijds zijn tal van nieuwe structuren en organen opgericht om het overleg en de coherentie in het armoedebeleid te versterken. Anderzijds zijn tal van overzichten en verslagen gemaakt waarmee periodiek een stand van zaken wordt gegeven inzake de armoedeproblematiek en het daaromtrent gevoerde en te voeren beleid, veelal gecoördineerd door de voormelde structuren en organen. Ook de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor sociaaleconomisch zwakkeren komt hierin telkens aan bod.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Sinds 1991 biedt de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen in een Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting elk jaar een overzicht van recente evoluties, onderzoeksresultaten, praktijkontwikkelingen en overheidsbeleid over armoede en sociale uitsluiting.</p> <p>In 1994 voorzag het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA) een lijst van sociaaleconomische knelpunten als richtsnoer voor specifieke overheidsinitiatieven inzake armoedebestrijding. Nagenoeg meteen na deze publicatie werd de Interministeriële Conferentie Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie (sinds eind 2004 'Interministeriële Conferentie voor de Integratie in de Maatschappij' genaamd) opgericht als permanente samenwerkingsstructuur tussen de federale staat en de gemeenschappen en gewesten, die de coherentie van de maatregelen inzake armoedebestrijding moest waarborgen. Tot 2001 werd jaarlijks een vooruitgangrapport opgesteld met een inventaris van de realisaties van het armoedebeleid sinds het AVA.</p> <p>In 1999 voorzag het 'Samenwerkingsakkoord betreffende de bestendiging van het armoedebeleid' een wettelijke basis voor het partnerschap tussen de federale en regionale entiteiten. Met dit akkoord werd ook het Steunpunt tot Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting in het leven geroepen. Het Steunpunt maakt sinds 2001 tweejaarlijks een vooruitgangrapport op omtrent de uitvoering van het AVA.</p> <p>Eveneens vanaf 2001 brengt de Intergouvernementele Conferentie (het overleg tussen alle Belgische regeringen in opvolging van de Europese sociale beleidsdoelstellingen) via een Nationaal Actieplan Sociale Insluiting (NAPincl) elke twee jaar verslag uit aan de Europese Commissie over de concrete Belgische beleidsdoelstellingen op het vlak van armoede en sociale uitsluiting. In 2005 kwam er nog een vooruitgangrapport in navolging van het AVA, opgesteld door de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg als bepalende factor in sociale gezondheidsverschillen, komt in elk van deze verslagen aan bod.</p>		
<b>Contacts</b>	Steunpunt tot Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting Koningsstraat 138, 1000 Brussel - 02/ 212 31 66 - armoedebestrijding@cntr.be		

<b>ID Number</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Asielzoekers</b>
<b>Impact</b>	Direct: X		Indirect:
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Psychosociale en therapeutische begeleiding van asielzoekers in de onthaalfase</b>		
<b>Period</b>	2002 -		
<b>Framework</b>	<p>Als land dat de Conventie van Genève (1951) heeft ondertekend, verbindt België zich ertoe bescherming te bieden aan vluchtelingen die op het Belgische grondgebied verblijven. Iedereen kan asiel aanvragen in België – ook al wordt uiteindelijk slechts een minderheid van asielzoekers erkend als vluchteling. Een vluchteling is een persoon die terecht vreest te worden vervolgd omwille van zijn huidskleur, zijn religie, zijn nationaliteit, zijn politieke overtuiging of het feit dat hij behoort tot een bepaalde sociale groep.</p> <p>Tot 1986 bestond er geen werkelijk officieel beleid voor het onthaal van asielzoekers die werden ingeschreven in een gemeente naar keuze en – indien zij niet over het bestaansminimum beschikten – werden doorverwezen naar een OCMW om er financiële steun te ontvangen. Dit leidde tot problemen bij de OCMW's (onevenwicht tussen de gemeenten, uitstel van terugbetaling, enzovoort). In 1986 opende het eerste opvangcentrum voor asielzoekers zijn deuren (het Klein Kasteeltje). Dit was het begin van de georganiseerde opvang van asielzoekers in België.</p> <p>In 1990, na de val van de Berlijnse Muur, steeg het aantal asielzoekers van 5.000 tot 13.000. De overheid gaf het Belgische Rode Kruis de opdracht om een crisisopvang te organiseren. Voor het eerst werd de opvang van asielzoekers toevertrouwd aan een derde partij. Op drie jaar tijd werden veertien 'Rode-Kruiscentra' opgericht. Voor het Rode Kruis ligt deze opvang in het verlengde van de acties op het vlak van hulp en bijstand aan slachtoffers.</p> <p>In januari 2001 besliste de federale regering de financiële sociale bijstand aan nieuwe kandidaat-vluchtelingen af te schaffen en te vervangen door materiële hulp in de opvangstructuren. Dat leidde onder andere mee tot een daling van het aantal asielzoekers.</p> <p>In 2001 richtte de federale overheid het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers 'Fedasil' op. De belangrijkste opdracht van Fedasil bestaat erin te zorgen voor een kwaliteitsvolle opvang en begeleiding en het geheel van de opvangplaatsen in België te coördineren, zowel in de federale opvangcentra als in die van het Rode Kruis, in de tehuizen voorzien door ngo's en in de plaatselijke opvanginitiatieven. Eind 2006 telt het onthaalnetwerk bijna 16.000 opvangplaatsen. Fedasil werkt ook mee aan het uitstippelen, de voorbereiding en de uitvoering van het opvangbeleid.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Naast onderdak bieden de opvangcentra ook een sociale en medische omkadering aan, een begeleiding op het vlak van schoolbezoek en huisvesting en ook opleidingsmodules op het vlak van informatica en talenkennis. De asielzoekers vormen een risicogroep voor ziekten, net zoals kansarmen en daklozen. Bovendien laat het lange vluchttraject bij de meeste asielzoekers fysieke en psychische sporen na. Alle asielzoekers kunnen rekenen op medische hulp.</p>		



De nieuwkomers genieten drie vormen van medische hulp:

- **Systematische screening:** Fedasil garandeert een maximale preventie van tuberculose door een cel voor tbc-opsporing (gevestigd in het gebouw van de Dienst Vreemdelingen-zaken). Die cel maakt een radiografie van de longen van elke asielzoeker. Alle zes maanden wordt een nieuwe longfoto genomen. Asielzoekers die besmettelijk zijn en een risico vormen voor de volksgezondheid, worden meteen opgenomen in een ziekenhuis.
- **Medische dienstverlening in het opvangcentrum:** De medische dienst van het centrum doet aan preventie en verzorging; bijvoorbeeld het opsporen van besmettelijke ziekten, de opvolging van chronische aandoeningen en ook van zwangerschappen, de verstrekking van medicatie en voorbehoedsmiddelen, de begeleiding van patiënten met een hartaandoening of diabetes en de hulp aan patiënten met psychologische problemen. In samenwerking met Kind en Gezin verzekert de medische dienst ook de gebruikelijke controle op de psychomotorische ontwikkeling, de vaccinaties en de voeding van zuigelingen.
- **Overname van medische kosten:** Wanneer een asielzoeker weigert om te verblijven in een opvangstructuur (een centrum of een individuele woning aangewezen door Fedasil), verliest hij zijn recht op materiële bijstand, met uitzondering van de medische hulp die voor iedereen gewaarborgd is. De dokters of de medische instellingen die deze asielzoekers verzorgen, lopen het risico niet te worden betaald, omdat het statuut van een asielzoeker niet altijd duidelijk is en omdat het niet altijd mogelijk is om uit te maken wie de kosten moet dragen en aan wie de rekeningen moeten worden gestuurd. Met het oog op een administratieve vereenvoudiging heeft Fedasil sinds 2007 een cel 'Medische kosten' opgericht, die de medische facturen centraliseert en behandelt van asielzoekers die niet verblijven in de opvangstructuur die hen is toegewezen.

Om te komen tot een betere algemene strategie voor omkadering die rekening houdt met de **geestelijke gezondheid van personen in ballingschap die in een opvangstructuur verblijven**, is dankzij een financiering van het Europees Vluchtelingenfonds (EVF) sinds 2002 een onderzoek mogelijk dat moet leiden tot impulsen voor een betere psychosociale en therapeutische begeleiding van asielzoekers in de onthaalfase. Dit werk werd uitgevoerd op het nationale niveau door een samenwerking tussen Fedasil, het Franstalige en het Nederlandstalige Rode Kruis van België

Dit werk is in drie verschillende fasen verlopen:

- **Project EVF 2002:** Onderzoek naar de problemen van het personeel van de opvangstructuren bij de begeleiding van asielzoekers en ook van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Dankzij dit project was het mogelijk om aanzetten te geven voor het verdere werk, met de bedoeling de opvang van kandidaat-vluchtelingen te verbeteren en hun gemakkelijker toegang te bieden tot geestelijke gezondheidszorg.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Project EVF 2004:</b> Rechtstreeks voortvloeiend uit de aanbevelingen van het verkennend onderzoek van 2002 is een eerste antwoord uitgewerkt voor de verbetering van de psychosociale en therapeutische bijstand van asielzoekers. Fedasil heeft enerzijds geprobeerd de samenwerking tussen de opvang- en zorgstructuren te verbeteren en anderzijds gezorgd voor het opstellen en verspreiden van een inventaris van het zorgaanbod in het hele Franstalige landsgedeelte. Het Rode Kruis heeft gezorgd voor meer vorming en ondersteuning van het personeel in de opvangstructuren in de respectieve taalgemeenschappen.</li> <li>- <b>Project EVF 2006:</b> Alle personeelsleden in de eerstelijnsopvang in de Franse Gemeenschap konden een tweedaags vormingsprogramma volgen, met de bedoeling hun voorbeelden van denkwijzen en acties aan te reiken om hun begeleidingswerk te verbeteren. Dit project heeft de mogelijkheid geboden om getuigenissen, standpunten en ook voorstellen in te zamelen in verband met hun problemen. Er zijn informatieve steekkaarten opgesteld die het personeel van de opvangstructuren kunnen helpen bij hun begeleiding van asielzoekers met psychologische problemen.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	Lysbeth Gehrels - lysbeth.gehrels@redcross-fr.be - Département Accueil des demandeurs d'asile - Assistance psychosociale des demandeurs d'asile

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke</b>	<b>Vlaams armoedebeleid</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve en beleidsintegrerende benadering		
<b>Title</b>	<b>Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding</b>		
<b>Period</b>	2005 – 2009		
<b>Framework</b>	<p>Het eerste Actieplan werd gepubliceerd in februari 2001, onder de verantwoordelijkheid van de afdeling Welzijnsbeleid van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Zowel op Europees als nationaal vlak was er op dat moment veel aandacht voor armoede.</p> <p>Op het nationale vlak werd in 1998 een samenwerkingsakkoord afgesloten met betrekking tot de bestending van het armoedebeleid. Er ontstond meer coördinatie en er kwam meer samenhang door de oprichting van de Interministeriële Conferentie 'Integratie in de Samenleving' en de oprichting van het 'Steunpunt tot Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting'.</p> <p>Het decreet van 21 maart 2003 bood een structurele verankering voor het Actieplan Armoedebestrijding. Negen maanden na haar aantreden moest de Vlaamse Regering een actieplan opstellen. Het actieplan dient jaarlijks geactualiseerd te worden. De participatie van de doelgroep is hierbij een essentieel gegeven en het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar Armen het Woord Nemen, opgericht in 2003, vormt hiervoor het uitgelezen instrument.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Het actieplan bundelt alle inspanningen die de verschillende Vlaamse ministers leveren om armoede te bestrijden. Het betreft maatregelen op korte en op lange termijn. Bovendien wordt gezocht naar modaliteiten om het gevoerde beleid te evalueren.</p> <p>Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding heeft betrekking op heel veel verschillende aspecten en valt te situeren binnen de algemene visie van het Vlaamse en ook het Europese armoedebeleid. Het is gebaseerd op de tien basisrechten van het Algemeen Verslag over de Armoede: het recht op participatie, maatschappelijke dienstverlening, gezin, rechtsbedeling, cultuur, inkomen, onderwijs, werkgelegenheid, wonen en gezondheidszorg. De problematiek van sociaaleconomische gezondheidsverschillen komt er expliciet in aan bod.</p> <p>De evaluatie van de maatregelen en de ontwikkeling van indicatoren om vooruitgang te meten, zijn twee essentiële zaken in het Vlaamse actieplan. Het actieplan wordt jaarlijks bijgestuurd, er zijn provinciale consultatierondes en het permanent armoedeoverleg (zowel horizontaal als verticaal) zorgt voor de inhoudelijke evaluatie. Het jaarboek 'Armoede en Sociale Uitsluiting' van de onderzoeksgroep OASES draagt ook bij tot de bijsturing van het actieplan.</p>		
<b>Contacts</b>	<p>Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - Afdeling Welzijn en Samenleving - Team armoedebeleid Koning Albert II-laan 35 bus 30 - 1030 Brussel</p> <p>E-mail: welzijnsbeleid@vlaanderen.be</p> <p>Tel.: 02-553 33 30   Fax: 02-553 33 60</p>		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Aanpak SEGV</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Informatieve benadering		
<b>Title</b>	<b>De rol van gezondheidspromotie bij de aanpak van ongelijkheid op het vlak van gezondheid</b>		
<b>Period</b>	2001 -2001		
<b>Framework</b>	Hoewel de ongelijkheid in gezondheid tot op zekere hoogte kan worden verbeterd via de gezondheidszorg, is het van essentieel belang dat de kwestie ook preventief wordt aangepakt. Dit betekent dat gebruik nodig is van doeltreffende strategieën en beleidsvormen voor gezondheidspromotie, specifiek gericht op kansarmen.		
<b>Activities</b>	<p>Om deze strategieën en beleidsvormen nader te bekijken, heeft het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), in samenwerking met het 'European Network of Health Promotion Agencies' (ENHPA) een tweejarig onderzoeksproject gecoördineerd waaraan dertien EU-landen en Noorwegen hebben deelgenomen.</p> <p>Dit project, dat resulteerde in een onderzoeksrapport, werd in september 2001 afgesloten met een internationaal seminar van experts in het Europese Parlement. Beleidsaanbevelingen (in het rapport begeleid met goede praktijkvoorbeelden):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleidsontwikkeling: Nationale en regionale doelstellingen die zich toespitsen op het wegwerken van ongelijkheid op het vlak van gezondheid.</li> <li>- Beleidsontwikkeling: Integratie van determinanten van gezondheid in andere beleidsdomeinen (multisectoraal beleid)</li> <li>- Beleidsontwikkeling: werken op lokaal niveau</li> <li>- Toegang tot gezondheidsdiensten (drempels verlagen)</li> <li>- Een goede onderbouw: Monitoring (meting van ongelijkheden)</li> <li>- Een goede onderbouw: Gezondheidseffectrapportage</li> <li>- Een goede onderbouw: Evaluatie (van resultaten en projecten)</li> <li>- Een goede onderbouw: Verspreiding (goede praktijken en methodes)</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	<p>Het onderzoeksrapport 'Report on the role of Health Promotion in Tackling Inequalities in Health' kan worden aangevraagd bij Linda de Boek.</p> <p>Linda.deboeck@vig.be</p>		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke</b>	<b>Kwetsbare zwangeren</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangere vrouwen</b>		
<b>Period</b>	2006 -		
<b>Framework</b>	<p>Kind en Gezin voert verschillende initiatieven uit die specifiek gericht zijn op kansarmen, zoals de verhoging van de consulttijd voor kansarmen met 20%, opvoedingsondersteuning voor kansarme gezinnen en de inschakeling van ervaringsdeskundigen op het vlak van armoede om de kloof tussen hulpverlening en kansarme gezinnen te helpen overbruggen (zie ook Steekkaart 2.1.9). De prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangere vrouwen is ook een voorbeeld van doelgroepgerichte actie.</p> <p>Sinds zijn ontstaan organiseert Kind en Gezin prenatale consultaties om de medische begeleiding van zwangere vrouwen overal in Vlaanderen mogelijk te maken. Vanaf de jaren 1990 zijn deze prenatale consultaties geleidelijk aan vooral toegespitst op kansarme gebieden.</p> <p>De nieuwe visie op de prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangeren gaat uit van vier krachtlijnen: het verbeteren van het doelgroepbereik, het uitbreiden van de psychosociale begeleiding, de toenemende samenwerking met de reguliere medische sector voor medische prenatale begeleiding en het uitwerken van een gebiedsgerichte dienstverlening.</p>		
<b>Activities</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Doelgroepbereik</b> Vroeger werden kansarmoedecriteria (beschikbaar maandinkomen, opleiding ouders, arbeidssituatie, laag stimulatie-niveau, huisvesting en gezondheid) gehanteerd om de doelgroep te bepalen. Nu richt Kind en Gezin zich met een nieuw concept tot kwetsbare zwangere vrouwen en hun partner. Onder kwetsbare zwangeren verstaan we vrouwen die een specifieke ondersteuning nodig hebben wegens een verminderde draagkracht en/of wegens bijzonder belastende omstandigheden (onevenwicht tussen draagkracht en draaglast).</li> <li>- <b>Psychosociale begeleiding</b> Deze begeleiding kan bestaan in ervaringsuitwisseling met andere ouders via groepswerking, praktische ondersteuning, begeleidde doorverwijzing, emotionele ondersteuning, bemiddeling, zorgcoördinatie en het uitbouwen van het informele netwerk van het gezin. Daarbij gaat ook aandacht naar basisbehoeften aan bijvoorbeeld voeding, onderdak en veiligheid. Deze dienstverlening wordt vraaggericht aangeboden volgens de behoeften van het gezin.</li> <li>- <b>Toeleiding naar de medische sector</b> Vroeger kon een aanstaande moeder met haar partner terecht in een prenataal consultatiebureau voor medische opvolging van haar zwangerschap. In het nieuwe concept wordt de zwangere hiervoor doorverwezen naar de medische sector, rekening houdend met haar medische en psychosociale situatie en met haar eigen keuze. Om dit te realiseren bouwt Kind en Gezin netwerken uit met gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen.</li> <li>- <b>Gebiedsgerichte dienstverlening</b> Er zijn belangrijke verschillen in de concentratie van de doelgroep. Dit vereist een aparte regionale aanpak van de dienstverlening. Op basis van het concept van het Stedenfonds worden drie niveau onderscheiden: grootsteden, centrumsteden en overige gebieden.</li> </ul> <p>In de loop van 2006 is de nieuwe aanpak van de prenatale dienstverlening ingevoerd in de grootsteden. De bestaande prenatale consultatiebureaus zijn inmiddels omgevormd tot prenatale steunpunten.</p>		
<b>Contacts</b>	Hoofdkantoor Kind en Gezin Hallepoortlaan 27 - 1060 Brussel Telefoon: 02 533 12 11 Fax: 02 534 13 82 E-mail: info@kindengezin.be Website: www.kindengezin.be		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Longkanker &amp; tbc</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte en groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT)</b>		
<b>Period</b>	1982 -		
<b>Framework</b>	<p>Net als het 'Fonds des Affections Respiratoires' (FARES) is de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) een dochterorganisatie van de 'Belgian Lung and Tuberculosis Association' (BELTA). De VRGT kreeg haar naam in 1990, voordien stond zij bekend als de Vlaamse Vereniging voor Tuberculosebestrijding (VVT). Het werkgebied van de VRGT is het Vlaamse Gewest. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaat er een samenwerkingsovereenkomst tussen de VRGT en FARES.</p> <p>De VRGT is een Vlaamse vereniging van deskundigen. Zij ontvangt financiële steun van de Vlaamse en de Brusselse overheid en werkt samen met enkele diensten van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap.</p> <p>De initiële doelstelling van de VRGT was het in kaart brengen van de prevalentie van tuberculose in het Vlaamse Gewest. Bij de oprichting zorgde de VRGT voor de registratie van tbc in het Vlaamse Gewest. Sinds 1 januari 1999 is die registratie evenwel overgenomen door de gezondheidsinspectie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (Administratie Sociale en Preventieve Gezondheidszorg). Vanaf dat moment viel de registratie immers onder het systeem van de verplichte meldingen. De gezondheidsinspectie draagt de verantwoordelijkheid voor dit systeem. Het Belgisch Tuberculoseregister wordt wel nog jaarlijks opgesteld door VRGT en FARES.</p> <p>België is een land met een laag aantal nieuwe tuberculosebesmettingen. Ondanks deze positieve evolutie moeten we toch waakzaam blijven: tbc blijft immers een belangrijke infectieziekte in België. België zit in de fase van de uitroeiing van tuberculose. Er is een duidelijke strategie vastgelegd om het aantal besmettingen nog te doen dalen. Daarvoor moeten we de overdracht proberen te beperken door de besmettingsbron zo vlug mogelijk op te sporen. Een tweede belangrijk aspect is het vervolledigen van de behandeling tot de patiënt volledig genezen is.</p> <p>Deze strategie wordt bemoeilijkt door een sterk merkbare trend. Het stijgende aandeel van individuen met een lage sociaaleconomische status of van individuen uit landen waar tuberculose nog vaak opduikt, veroorzaakt een hele reeks van problemen van sociale aard, op het vlak van communicatie, van het niet naleven van de behandeling of van een beperkte toegang tot de zorg. Er is duidelijk sprake van een hoger aantal besmettingen bij een aantal risicogroepen. Daardoor is een aangepaste benadering nodig van deze risicobevolkingsgroepen: asielzoekers, gedetineerden, daklozen, sociaal achtergestelden, kansarmen, druggebruikers. Voornamelijk de groep van de niet-Belgen loopt gevaar. Er is sprake van een dalende incidentie bij Belgen, maar van een stijgende incidentie bij niet-Belgen. Bij asielzoekers ligt de tuberculosegraad 35,5 keer hoger dan bij de algemene bevolking. Deze cijfers maken duidelijk dat het voorkomen van tuberculose erg ongelijk verdeeld is in de samenleving. Het beleid probeert deze ongelijkheid weg te werken door enkele maatregelen te nemen.</p> <p>De hierboven vermelde initiële doelstelling van de VRGT werd daarom uitgebreid met onderzoek en preventie van niet-tuberculeuze respiratoire aandoeningen. Tabakspreventie neemt hierbij een centrale plaats in. Voor de meeste longaandoeningen is tabakspreventie immers de belangrijkste voorzorg.</p>		

<b>Activities</b>	<p>De activiteiten van de VRGT concentreren zich voornamelijk op twee domeinen: tabakspreventie en onderzoek en preventie van tuberculose.</p> <p><b>Tabakspreventie</b></p> <p>De VRGT legt zich toe op diverse rookstopactiviteiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisatie van tabakspreventie bij specifieke doelgroepen zoals jongeren, zwangere vrouwen, ... Dit type preventie gebeurt vaak in samenwerking met het Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo).</li> <li>- Organisatie van individuele begeleidingssessies voor personen die willen stoppen met roken.</li> <li>- Organisatie van infosessies met betrekking tot rookvrije werkplaatsen.</li> <li>- Deelname aan de Tabak Stop Lijn, een initiatief van de Stichting tegen Kanker.</li> <li>- Organisatie van de permanente vorming Tabacologie.</li> </ul> <p><b>Tuberculose</b></p> <p>Verschillende cijfers maken duidelijk dat er sprake is van sociale ongelijkheid met betrekking tot het voorkomen van tuberculose. Het beleid probeert hier op in te spelen.</p> <p>Sinds 2002 worden asielzoekers in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedurende de eerste twee jaar van hun verblijf in België aangespoord om zich om de zes maand te laten onderzoeken. Deze maatregel wordt gebaseerd op de vaststelling dat personen uit landen waar tuberculose nog vaak voorkomt een hoger risico blijven lopen, ook na hun aankomst. Sinds 2004 gebeurt dit ook in het Waalse Gewest.</p> <p>De consultaties gebeuren door Mobiele Röntgeneenheden of door de provinciale gezondheidscentra van de VRGT of FARES. Met hulp van de regionale overheden is het mogelijk om deze dienstverlening gratis aan te bieden.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Michel Wouters (rookstopconsulent) - Michel.wouters@vrgt.be - 03/ 287 80 10</p> <p>Centraal Secretariaat, Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel, 02/ 510 60 90, info@vrgt.be</p>



<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 2</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Borstkanker</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte en groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker</b>		
<b>Period</b>	Begin: 15/06/01 – Einde: onbepaald		
<b>Framework</b>	<p>Borstkanker blijft de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 69 jaar. In Vlaanderen sterven 46 vrouwen per 100.000 ten gevolge van borstkanker. Van alle kankers kent deze soort het grootste aantal sterfgevallen.</p> <p>Het terugdringen van het aantal overlijdens ten gevolge van borstkanker vormt een van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, die in 1998 werden geconcretiseerd. Om deze gezondheidsdoelstelling te kunnen waarmaken, organiseerde de Vlaamse overheid een programma om borstkanker vroegtijdig te kunnen opsporen. De vroegtijdige opsporing van een tumor verhoogt de doeltreffendheid van de behandeling en verlaagt de mortaliteitsgraad.</p> <p>Het Vlaams programma ging officieel van start op 15 juni 2001 en past in de uitvoering van het protocolakkoord tot samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen inzake borstkankerscreening (25/11/00). De drie Belgische gemeenschappen hebben hun verantwoordelijkheid opgenomen om de mortaliteit ten gevolge van borstkanker te reduceren.</p> <p>Het Vlaamse programma werd opgesteld om zoveel mogelijk vrouwen uit de doelgroep (tussen 50 en 69 jaar) te overtuigen om tweejaarlijks een screeningsmammografie te laten uitvoeren. Bij het begin van het programma werd gestreefd naar een bereik van 75% van de doelgroep tegen 2002. Tijdens de gezondheidsconferentie over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker in december 2005 werd deze doelstelling echter aangepast. Het bereik van 75% wordt nu pas verwacht tegen 2012.</p>		
<b>Activities</b>	<p><b>Betrokken actoren</b></p> <p>Om de twee jaar worden vrouwen tussen 50 en 69 jaar opgeroepen voor een screeningsmammografie. De mammografische eenheden voeren deze mammografie uit en interpreteren de eerste resultaten. De regionale borstkankeropsporingscentra staan in voor de verdere interpretatie van de screeningsresultaten, verzorgen de opvolging en versturen de uitnodigingen naar de doelgroep. Op lokaal vlak is er een belangrijke opdracht weggelegd voor het lokaal gezondheidsoverleg (Logo). De logo's hebben een samenwerkingsovereenkomst met de regionale screeningscentra. Zij Logo's proberen op lokaal vlak het bevolkingsonderzoek te optimaliseren en trachten de doelgroep te sensibiliseren. Dit past in de gangbare veronderstelling dat een breed maatschappelijk draagvlak de deelnamegraad aanzienlijk verhoogt.</p> <p><b>Doorverwijzing: twee sporen</b></p> <p>De vrouwen uit de doelgroep kunnen op twee verschillende wijzen worden doorverwezen naar een mammografische eenheid voor een screeningsmammografie. Enerzijds kan de doorverwijzing gebeuren door de huisarts of de gynaecoloog. Anderzijds kunnen de vrouwen een persoonlijke uitnodiging ontvangen van de regionale borstkankeropsporingscentra. Deze uitnodiging geldt tevens als voorschrift voor de screeningsmammografie. Om de toegankelijkheid te vergroten en om de deelnamegraad te verhogen, wordt bij de uitnodiging meteen ook een datum voorgesteld waarop de screeningsmammografie kan plaatsvinden. Deze datum is enkel een voorstel en kan altijd worden geweigerd of gewijzigd.</p>		

	<p><b>Kwaliteitscontrole</b></p> <p>Er is sprake van een permanente kwaliteitscontrole op de procedures en het screeningsproces. De resultaten van de mammografie en de opvolging van abnormale resultaten worden geregistreerd.</p> <p><b>Evaluatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participatiegraad Vlaanderen kende tot 2002 een relatieve achterstand in deelnamegraad ten opzichte van de andere gewesten. Die achterstand is intussen volledig weggewerkt. Bovendien is er sprake van een stijgende participatiegraad in Vlaanderen. Tussen 2003-2005 liet 34,41% van de vrouwen uit de doelgroep een screeningsmammografie uitvoeren.</li> <li>- Diagnostische mammografie en screeningsmammografie In Vlaanderen zien we een duidelijke verschuiving in het aantal diagnostische mammografieën ten voordele van screeningsmammografieën. Deze laatste zijn kwalitatief beter voor de opsporing van borstkanker bij symptoomloze vrouwen. Een diagnostische mammografie wordt gebruikt om een bepaald gedeelte van de borst te onderzoeken waar er symptomen, zoals een knobbel, zijn gevonden. Een screeningsmammografie wordt echter gebruikt om tumoren op te sporen zonder dat er sprake is van enige klacht. In Vlaanderen is het relatieve aandeel van de screeningsmammografieën groter dan in de andere gewesten. Het percentage vrouwen dat een diagnostische mammografie laat uitvoeren zonder dat er sprake is van enige klacht, blijft echter groot. De resultaten hiervan zijn omwille van het type mammografie minder betrouwbaar dan de resultaten van een screeningsmammografie.</li> <li>- Sociale ongelijkheid Op federaal niveau neemt het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid de evaluatie van het volledige programma voor zijn rekening. Uit de evaluatie blijkt dat borstkanker-screening de borstkankersterfte bij vrouwen boven de 55 jaar aanzienlijk verlaagt. Ondanks deze positieve resultaten blijft de sociale ongelijkheid bestaan. De volgende cijfers bewijzen dat er nog heel wat vooruitgang mogelijk is in het domein van gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Deze cijfers zijn van toepassing op alle Belgische vrouwen uit de doelgroep. 40,5% van de laagopgeleide vrouwen tussen 50 en 69 jaar had de voorbije twee jaar geen mammografie laten uitvoeren tegenover 22,5% van de hoogopgeleide vrouwen (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, 2006). Ondanks de inspanningen van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker en de inspanningen van de andere twee gemeenschappen blijft de kloof inzake borstkankerscreening tussen de lagere en de hogere sociaaleconomische klassen dus wel nog bestaan.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	<p><a href="http://www.borstkankeropsporing.be">www.borstkankeropsporing.be</a> en <a href="http://www.iph.fgov.be">http://www.iph.fgov.be</a>  Marc Abryn: 02/ 642 50 21  Ine Vanmarsenille: 02/642 57 04 (<a href="mailto:ine.vanmarsenille@iph.fgov.be">ine.vanmarsenille@iph.fgov.be</a>)</p>

ID Number	3	1	6
Keyword	/	Lichamelijke & geestelijke gezondheid	Zorgregio's
Impact	Direct:		Indirect: X
Priority strategy	Omgevingsgerichte benadering		
Title	Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's)		
Period	Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders van 3 maart 2004 (aanzet: 1990)		
Framework	<p>Kenmerkend voor de eerstelijnsgezondheidszorg is dat de zorg voor de patiënt plaatsvindt buiten de context van het ziekenhuis. Een eerste deskundige opvang, de behandeling en de begeleiding van de patiënt en het voorkomen van het ontstaan of verergeren van bepaalde gezondheidsproblemen vormen drie essentiële taken van de eerstelijnszorg. Doordat de zorg zich buiten het ziekenhuis situeert, is de huisarts de spilfiguur in de eerstelijnsgezondheidszorg. In de Vlaamse Gemeenschap behoren nog een aantal andere actoren bij de organisatie van de eerstelijnszorg: diensten voor thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp, ... De eerstelijnszorg wordt zowel op federaal als op Vlaams niveau gereguleerd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging.</b> Vanaf 1991 worden de Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging (SIT's) erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap.</li> <li>- <b>Protocolakkoord van 25 juli 2001 tussen de federale overheid en de gemeenschappen en de gewesten.</b> Op 25 juli 2001 sloten alle betrokken actoren een protocolakkoord met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit akkoord moest de eerstelijnszorg meer gestalte en waardering toekennen. Het creëren van een toegankelijke en coherente zorgverlening stond hierbij centraal. Het akkoord vermeldt eveneens de toekomstige oprichting van Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's).</li> <li>- <b>Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van de Geïntegreerde Diensten inzake Thuisverzorging (GDT's).</b> Samen met het Ministerieel Besluit van 17 juli 2002 tot vaststelling van de programmatiecriteria voor de Geïntegreerde Diensten inzake Thuisverzorging maakte het Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 de oprichting van de GDT's op federaal niveau mogelijk. Ook in deze federale maatregel staat de versterking en de herwaardering van de eerstelijnszorg centraal.</li> <li>- <b>Decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en de samenwerking en programmatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.</b> De herverdeling van het Vlaamse zorglandschap vormde een van de doelstellingen van dit decreet. Toenmalig Vlaams minister van Gezondheid Mieke Vogels wilde op basis van een wetenschappelijke studie van de KUL de geografische indeling van het Vlaamse zorglandschap veranderen. Deze nieuwe indeling zou niet langer uitgaan van het bestaande aanbod aan gezondheidsvoorzieningen, maar wel van zones waarin mensen naar dezelfde winkels, scholen en zorgverleners gaan. De Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg zullen de eerste toepassing zijn van deze nieuwe indeling.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgaanbieders van 3 maart 2004</b> Dit decreet gaat dieper in op de toekomstige opdracht van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL). Die initiatieven zullen de SIT's vervangen, maar het takenpakket en de groep van deelnemende hulpverleners zullen worden uitgebreid. De SEL's zullen ook een deel van de opdracht van de GDT's op zich nemen. Deze toekomstige verandering is vooral bedoeld om te komen tot een doorzichtigere structuur van de zorgverlening op de eerste lijn. Het uitvoeringsbesluit laat echter op zich wachten. De oprichting van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg en de indeling van het Vlaamse landschap in zorgregio's wordt uitgesteld.</li> </ul>
<b>Activities</b>	<p>De toegankelijkheid van de zorg is een belangrijke bekommernis in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het multidisciplinair overleg zorgt ervoor dat zorg op maat voor de patiënt mogelijk is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Samenwerkingsinitiatieven inzake Thuisverzorging (SIT)</b> De SIT's vormen een overlegplatform voor de thuiszorgsector in Vlaanderen. Het multidisciplinaire overleg wordt gestimuleerd aan de hand van een zorgplan. In dit zorgplan zijn de zorgtaken zorgvuldig verdeeld. In het multidisciplinaire zorgteam wordt ook een zorgbemiddelaar aangesteld die toeziet op de opvolging van het zorgplan.</li> <li>- <b>Geïntegreerde Diensten inzake Thuisverzorging (GDT)</b> Deze federale instanties organiseren het multidisciplinair overleg in verband met matig tot zwaarbehoevende personen die minimaal gedurende 45 kalenderdagen hulp nodig hebben bij het wassen, kleden, ... Per patiënt wordt één keer per jaar voor dit overleg een bepaald budget uitgetrokken dat enerzijds terechtkomt bij de betrokken GDT voor de praktische ondersteuning en anderzijds bij de leden van het overlegteam. Minstens de huisarts, de betrokken verpleegkundige en de patiënt worden bij het overleg betrokken. Ook het opstellen van een zorgplan en het opvolgen van de taakafspraken behoort tot de taak van de GDT's. In Vlaanderen vallen de SIT's samen met de GDT's.</li> <li>- <b>Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)</b> De SEL's zullen vzw's zijn waarin alle (vertegenwoordigers van) zorgverleners die werken in dezelfde regio, worden verenigd. Deze structuur heeft tot doel de eerstelijnszorg te optimaliseren. De toegankelijkheid van de zorg zal een cruciaal gegeven blijken en via deze invalshoek moet het mogelijk zijn om de sociale ongelijkheid in gezondheid terug te dringen.</li> </ul> <p>De SEL's zullen dienen als aanspreekpunt van de eerstelijnszorg in een welbepaalde zorgregio, niet enkel voor de andere hulpverleners maar ook voor de diverse overheden en de burgers. De SEL's zullen de SIT's vervangen en zullen de kernopdrachten van de GDT's overnemen. Het multidisciplinaire overlegteam zal hierbij wel ruimer worden ingevuld. De minimumpartners zijn de huisarts, de thuisverpleegkundige, de CAW's van de ziekenfondsen, de lokale dienstencentra en de OCMW's.</p> <p>Bovenal zullen de toekomstige samenwerkingsinitiatieven dienen als een overlegplatform en als de organisator van structureel overleg met alle betrokken actoren. Dit overleg is bedoeld om de samenwerking tussen de actoren te bevorderen en verder uit te bouwen.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid Afdeling Preventie, Eerstelijn en Thuiszorg, Team Eerstelijn en Thuiszorg 02/ 553 35 09 - <a href="http://www.vlaanderen.be">www.vlaanderen.be</a></p>

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	<b>P3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Woning</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Groene Ambulance: RICB.</b>		
<b>Period</b>	2000 -		
<b>Framework</b>	<p>Leefmilieu Brussel-BIM werd in 1989 opgericht bij Koninklijk Besluit van 8 maart 1989 en is de administratie voor leefmilieu en energie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Leefmilieu Brussel-BIM doet onderzoek, maakt plannen op, geeft advies en informatie, levert vergunningen af, houdt toezicht en voert controles uit (instrumentale benadering). De instelling beschikt over bevoegdheden op het vlak van afval, luchtkwaliteit, geluid, groene ruimten, water, bodem en energie (sectorale benadering). In februari 2000 heeft BIM in samenwerking met het WIV en de VRGT een Regionale cel voor Interventie bij Binnenluchtvervuiling (RICB) opgericht. Door middel van een algemene en geïntegreerde aanpak wil deze cel vervuiling in de woning opsporen die de oorzaak kan zijn van gezondheidsproblemen. Bijzonder aan de RICB is de coördinatie tussen de actoren die meewerken aan de diagnose, de analyse, het advies voor remediëring, de uitvoering van systematisch onderzoek en ook de voorbereiding van een visie op middellange of op lange termijn. Een andere doelstelling van deze cel is onderzoek en evaluatie van de binnenhuisvervuiling die verband houdt met het stedelijk wonen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze activiteiten moeten het mogelijk maken om op langere termijn een actiestrategie uit te werken (advies, gedrag, behandeling, ...).</p>		
<b>Activities</b>	<p>De toegang tot de diensten van deze 'groene ambulance' gebeurt op vraag van een arts. Een team van analisten en een sociaal verpleegkundige komt in een woning chemische en biologische stalen nemen en vult samen met de bewoner een vragenlijst in (met betrekking tot zijn levenswijze). Na analyse en bespreking van de resultaten door de huisarts of een specialist wordt specifiek advies gegeven.</p> <p>Wanneer de maatregelen investeringen vergen die de bewoner zelf maar moeilijk kan dragen, geeft de sociaal verpleegkundige informatie over subsidiemogelijkheden en wijst ook de bestaande diensten aan. Bij een zeer ernstige vervuiling die een onmiddellijk optreden vereist, zal de verpleegkundige in overleg met de bewoner contact opnemen met de bevoegde overheidsdiensten. Voor sociale woningen is een actieprotocol opgesteld met medewerking van de Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij (BGHM). De opvolging door de arts en het team van de RICB maakt het ook mogelijk om de getroffen oplossingen te evalueren.</p> <p>Uit de 317 eerste interventies (2000-2003) is gebleken dat bij een zieke persoon in de meeste gevallen meer dan één symptoom wordt aangetroffen en dat de besmetting in de woning gebeurt door chemisch en biologisch vervuilende stoffen. Meer dan 50% van de bewoners heeft een verbetering van hun gezondheid vastgesteld na toepassing van de adviezen verstrekt door de RICB. De interventies hadden betrekking op alle sociaaleconomische klassen en het volledige grondgebied van het gewest.</p> <p>Het rapport van de RICB handelt niet specifiek over maatschappelijke gezondheidsverschillen. Maar het stelt wel dat het soms moeilijk is om de boodschap over te brengen omwille van culturele redenen, omwille van opleiding of financiële middelen en wijst ook op financiële moeilijkheden om de gezinnen veranderingen te laten doorvoeren.</p>		
<b>Contacts</b>	Dienst Info-Leefmilieu - 02 /775 75 75 - info@ibgebim.be		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>PS</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke</b>	<b>Asielzoekers &amp; illegalen</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Medimmigrant</b>		
<b>Period</b>	1994 –		
<b>Framework</b>	<p>In België verblijven verschillende duizenden mensen ‘zonder papieren’. Al van het eind van de jaren 1980 hebben organisaties op het terrein erop gewezen hoe moeilijk het is om op de juiste manier in te spelen op de psychologisch-medische problemen van deze specifieke groep.</p> <p>De vzw Medimmigrant is ontstaan uit de vzw Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren die in 1994 is opgericht in Brussel. Sinds haar oprichting geniet zij de steun van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Vlaamse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.</p> <p>Medimmigrant wil in de eerste plaats de toegang tot gezondheidszorg verzekeren van personen zonder wettig verblijf of met een precair verblijf om hun een menswaardig bestaan te laten leiden. De vereniging probeert het recht op gezondheidszorg voor deze mensen te laten verankeren in de wetgeving en dit recht op concrete wijze te laten uitwerken in maatschappelijke voorzieningen, instellingen en structuren. Zij ijvert ook voor een migratiebeleid dat rekening houdt met de medische noden van deze mensen.</p> <p>Medimmigrant baseert zijn acties op de Belgische Grondwet en de internationale conventies die België heeft geratificeerd die het recht op gezondheid erkennen als een basisrecht en ook op specifieke nationale reglementeringen zoals het Koninklijk Besluit van 12 december 1996 over het recht op ‘dringende medische hulp’. We moeten een onderscheid maken tussen deze hulp en de hoogdringende medische hulpverlening die onmiddellijk vereist is bij ongeval of ziekte, en die automatisch geldt voor iedereen.</p> <p>Het KB van 1996 stelt dat dringende medische hulp van preventieve of curatieve aard kan zijn. Het betreft dus een hele reeks medische zorgverstrekkingen die duidelijk veel verder gaan dan de ‘spoedgevallen’ in de enge zin van het woord. Een operatie, een bevalling, een onderzoek, kinesithérapie en medicatie kunnen allemaal in aanmerking komen. Deze zorg, met inbegrip van de nodige nazorg, kan zowel ambulant als in een verplegingsinstelling worden verstrekt.</p>		

<b>Activities</b>	<p>Medimmigrant werkt volgens een dubbel spoor:</p> <p><b>Individuele hulpverlening</b> aan vreemdelingen zonder wettig verblijf of met een precair verblijf in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze hulp wordt verstrekt in de vorm van informatie, hoofdzakelijk in het kader van een telefonische permanentiedienst en ook door de verspreiding van brochures in verschillende talen over specifieke problemen zoals zwangerschap, het verkrijgen van een visum om gezondheidsredenen, enzovoort. De vzw treedt ook concreet op als bemiddelaar om de toegang tot gezondheidszorg vlotter te laten verlopen (maar dient nooit een verblijfsaanvraag in).</p> <p><b>Structurele hulpverlening</b> door het opzetten van overleg met de sociale partners en door lobbywerk naar de overheid. De verdediging van de medische rechten van mensen zonder wettig verblijf wordt georganiseerd volgens drie krachtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toegang tot gezondheidszorg voor vreemdelingen zonder wettig verblijf of met een precair verblijf: preventieve of curatieve dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf die niet in staat zijn deze zorg zelf te betalen.</li> <li>- Oriëntatie van vreemdelingen naar een terugkeer of een verblijf om medische redenen: het recht op tewerkstelling voor mensen die om medische redenen voor een bepaalde duur geregulariseerd zijn en het recht op tegemoetkoming bij een arbeidsongeval; aandacht vragen voor de levensomstandigheden van zieke mensen zonder wettig verblijf of met een precair verblijf op het vlak van psychosociale zorg en mantelzorg.</li> <li>- Sociale rechten voor vreemdelingen die door hun ziekte niet kunnen terugkeren naar hun land van herkomst: aanpassing van de wet en de procedures in verband met het verblijf en vraag tot oprichting van een Europese databank over de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van behandelingen of de nodige geneesmiddelen.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	<p>Tel. 02/274 14 33 <a href="mailto:info@medimmigrant.be">info@medimmigrant.be</a>  <a href="http://www.medimmigrant.be">http://www.medimmigrant.be</a></p>



<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Geestelijke gezondheid</b>	<b>Mensen zonder vaste verblijfplaats</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting - België</b>		
<b>Period</b>	1992 -		
<b>Framework</b>	<p>Na een eerste colloquium over verwaarlozing en sociale en sanitaire uitsluiting van daklozen in Europese hoofdsteden, werd in tien Europese landen en ook in België een Netwerk Geestelijke Gezondheid en Sociale Uitsluiting (SMES) opgericht. Met de slogan 'Geen gezondheid zonder geestelijke gezondheid. Geen geestelijke gezondheid zonder waardigheid. Geen waardigheid zonder toegang tot rechten' streeft het Europese SMES-netwerk naar de positieve bevordering van de persoonlijke waardigheid en ook van de geestelijke gezondheid voor alle mensen die in grote bestaansonzekerheid leven. Door onderzoek en analyse van de uitdagingen op politiek, ethisch en juridisch vlak op het terrein van uitsluiting en geestelijke gezondheid, wil SMES de burgersamenleving sensibiliseren, de tekorten en gebreken aanklagen en druk uitoefenen op de politiek verantwoordelijken. SMES heeft zijn hoofdkantoor in Brussel en doet aan lobbywerk op Europees en nationaal niveau. De doelgroep van SMES bestaat uit personen die – in hun toestand van uitsluiting en discriminatie – blijf geven van een complexe toestand van nood en lichamelijk lijden (daklozen, geestelijk zieken zonder passende hulp en begeleiding, kinderen die het slachtoffer zijn van misbruiken en jongeren zonder sociaal netwerk, drugverslaafden en alcoholici, (ex-)gevangenen, vereenzaamde bejaarden, vluchtelingen en migranten).</p>		
<b>Activities</b>	<p>Uit de Europese doelstellingen zijn concrete acties op het terrein voortgevloeid op Belgisch niveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vernieuwende projecten identificeren: activiteiten die uitgaan van een holistische en multidisciplinaire benadering evalueren en verspreiden. In 2002 heeft SMES-B een klein initiatief opgezet op het vlak van onderzoek en actie, een mobiele medisch-psychologische interventiecel. Deze cel is bedoeld als ondersteuning voor de interventie en de ontwikkeling van hulp- en zorgscenario's en staat ter beschikking van de mensen die een beroep doen op diensten via professionele hulpverleners. De hulpverleners die via deze mobiele cel met elkaar in contact komen en ondersteuning krijgen, kunnen experimenteren met methodes waar zij nog niet zo goed mee vertrouwd zijn (omdat ze daar vroeger te ver van af stonden of er maar gedurende korte tijd mee konden werken); De cel bevordert ten slotte ook een permanente vorming, aangezien zij is samengesteld uit beroepskrachten uit partnerinstellingen binnen SMES die enkele uren zijn vrijgesteld voor dit werk en hun ervaring kan dan weer geleidelijk aan een invloed hebben op de werkwijze van de instelling die hen heeft afgevaardigd. Dit project wordt mee gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid.</li> <li>- Informatie en sensibilisering van de burgersamenleving in haar geheel en in het bijzonder van de politiek verantwoordelijken en van de mensen die werkzaam zijn in de gezondheids- en de sociale sector. Van 1999 tot 2000 werd een onderzoeksproject uitgevoerd met steun van de Europese Unie en voor België ook de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Daaruit ontstond een rapport dat de noden en de goede praktijken analyseerde op het vlak van de behoeften aan geestelijke en lichamelijke gezondheid in verband met sociale aspecten. Dit rapport heeft onder andere als basis gediend voor het opzetten van het initiatief voor onderzoek en actie (zie hoger).</li> <li>- Vorming en uitwisseling binnen SMES om een specifieke en permanente vorming mogelijk te maken.</li> <li>- Mensen bijeenbrengen rond gemeenschappelijke doelstellingen en acties om zowel op plaatselijk als op gewestelijk en Europees vlak de netwerking en de multidisciplinaire en multisectorale samenwerking te bevorderen en te vergemakkelijken.</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	Luigi Leonori: Projectleider 02/534 42 44 <a href="mailto:smeseu@smes-europa.org">smeseu@smes-europa.org</a>		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	<b>PS, P 1, 2, 3</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Tuberculose</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Fonds des Affections Respiratoires’ – FARES</b>		
<b>Period</b>	1982 -		
<b>Framework</b>	<p>In 1982, op het moment van de communautarisering, werd het Belgisch Nationaal Werk tot Bestrijding van de Tuberculose en de Respiratoire Aandoeningen (BNWBT) opgesplitst in twee verenigingen: het Franstalige ‘Fonds des Affections respiratoires’ FARES en de Nederlandstalige Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT – cf. initiatief 3.1.4).</p> <p>De opdracht van FARES wordt bepaald door het ministerie voor Volksgezondheid van de Franse Gemeenschap. Dat ministerie verleent ook steun aan FARES, net als het Waalse Gewest, de federale regering en de Europese Gemeenschap.</p> <p>De activiteiten hebben betrekking op het volledige grondgebied van de Franse Gemeenschap. In elke Waalse provincie en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn teams met verpleegkundigen/maatschappelijk werkers aanwezig. Deze zijn ingedeeld in zes ‘Sectoreenheden’ onder de verantwoordelijkheid van een arts. Een ‘Centrale Eenheid’ in Brussel staat in voor de coördinatie.</p>		
<b>Activities</b>	<p><b>Tabakspreventie:</b> Begeleiding van tussenpersonen bij het zoeken naar interventiemiddelen en hulpbronnen om gezondheidspromotie te kunnen integreren in het werk met hun doelpubliek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actieonderzoek en ontwikkeling van goede professionele praktijken: In samenwerking met het ‘Centre Local de Promotion de la Santé’ in Brussel, Infor-Drogues en Modus Vivendi voerde FARES een actieonderzoek uit in verband met jongeren en tabak in een achtergestelde situatie. De uiteindelijke doelstelling van het onderzoek is de bewustmaking en versterking van de vaardigheden van de volwassen bemiddelaars inzake het thema ‘tabak en verslaving’.</li> <li>- Bijstand aan en ondersteuning van rokers. Op initiatief van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid krijgen zwangere vrouwen toegang tot een begeleidend programma met acht consultaties om te stoppen met roken. Deze specifieke begeleiding behandelt de drie soorten verslaving die verband houden met tabak: fysieke, psychologische en gedragsverslaving. Ook de begeleidingssessies van de echtgenoot worden terugbetaald.</li> <li>- Opleiding van gezondheidswerkers op het vlak van tabacologie en van motiveringsgesprekken.</li> <li>- Beheer van passief roken op het werk..</li> <li>- Documentatie.</li> </ul>		

	<p><b>Ademhalingsaandoeningen:</b></p> <p>FARES richt zijn activiteiten op tuberculose en staat in voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologisch toezicht</li> <li>- Maatschappelijke preventie: controle of elk aangegeven geval van tuberculose en de omgeving ervan daadwerkelijk wordt opgevolgd: organisatie van screening bij mensen die in contact komen met de besmette patiënten.</li> <li>- De opvolging van tuberculosepatiënten op verzoek van de behandelende arts bij sociale problemen, moeilijke toegang tot de zorgverlening of wanneer de behandeling niet wordt gevolgd.</li> <li>- De organisatie en/of coördinatie van de screening bij groepen met een risico van tuberculose en de beoordeling van dat risico.</li> <li>- Bewustmaking, voorlichting en vorming van de verschillende doelgroepen</li> <li>- Tenlastename van de behandeling van patiënten zonder sociale dekking die niet worden ondersteund door een OCMW.</li> </ul> <p>Mettertijd zijn andere activiteiten ontwikkeld in verband met chronische ademhalingsaandoeningen op het vlak van astma, chronische bronchitis en emfyseem (COPD). In het kader van deze aandoeningen legt de dienst zich voornamelijk toe op de voorlichting en opvolging van patiënten thuis op verzoek van de arts.</p>
<b>Contacts</b>	FARES asbl - 02 512 29 36 – <a href="http://www.fares.be">www.fares.be</a>

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>PS, P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Gemeente &amp; wijk</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Maisons médicales’</b>		
<b>Period</b>	1972 –		
<b>Framework</b>	<p>De ‘Maisons médicales’ (medische huizen) werden aanvankelijk ‘Centres de santé intégrée’ (geïntegreerde gezondheidscentra) genoemd. Zij ontstonden na een dubbele vaststelling aan het eind van de jaren 1960:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De prioritaire investering in en bijgevolg de verdere ontwikkeling van ziekenhuisgerichte medische praktijken, voornamelijk gericht op de diagnose en behandeling van ziekten, ten nadele van een benadering gericht op de volksgezondheid en op preventie.</li> <li>- De epidemiologische evolutie in de industrielanden naar multicausale chronische ziekten die een praktijk vereist die dicht bij de bevolking staat en een continuïteit van de zorgverlening waarborgt, waarbij elk individu in zijn geheel wordt benaderd, vanuit het oogpunt van gezondheidspromotie.</li> </ul> <p>In de loop van de jaren 1970 werden in verschillende landen dergelijke teams opgericht, die vaak verschilden in omvang en aantal van land tot land. De financieringswijze van de gezondheidszorg in België, voornamelijk gebaseerd op de betaling van genezende handelingen (waarbij dus activiteiten op het vlak van preventie, gezondheidseducatie, onthaal, verzamelen en analyseren van gegevens werden uitgesloten) beperkte evenwel de mogelijkheden om geïntegreerde gezondheidscentra uit te bouwen. Bovendien was de ontwikkeling van geïntegreerde gezondheidscentra aanvankelijk ook een gewaagde onderneming, die doorgaans slecht onthaald werd door de rest van het medische korps.</p> <p>De officiële erkenning van de ‘Maisons médicales’, van hun opdracht en dus ook van hun eigenheid inzake gezondheidsaanbod, verliep in twee fasen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De regelgeving van 1985 op initiatief van Robert Urbain, minister van de Franse Gemeenschap, die onder andere bevoegd was voor gezondheid – ingetrokken door de volgende regering.</li> <li>- Het decreet van de Franse Gemeenschap ‘betreffende de erkenning en subsidiëring van verenigingen voor geïntegreerde gezondheid’ (29 maart 1993). Dit decreet is inmiddels aangevuld met twee uitvoeringsbesluiten, uitgevaardigd door het Waalse Gewest, dat sinds de institutionele hervorming bevoegd is voor deze materie.</li> </ul> <p>Vandaag worden de ‘Maisons médicales’ grotendeels aanvaard door het medische korps. Het blijven spontane privé-initiatieven, zonder enige structurele band met gemeentelijke, provinciale of politieke instanties. Het gaat om kleine, multidisciplinaire teams, die worden ingezet in een bepaalde wijk om er op permanente basis essentiële gezondheidszorg te verstrekken.</p> <p>Sinds 1981 zijn ze ondergebracht in een federatie, vooral om zich te kunnen begeven op het politieke terrein waar zij een organisatievoorstellen die gericht is op primaire gezondheidszorg als meest rationele toegangsweg tot het stelsel van de gezondheidszorg en gericht op de gezondheid van de bevolking.</p> <p>In 2006 telde de Franse Gemeenschap 69 ‘Maisons médicales’.</p>		

<b>Activities</b>	<p>De 'Maisons médicales' bestaan uit multidisciplinaire teams die primaire, permanente, polyvalente gezondheidszorg verstrekken die toegankelijk is voor de hele bevolking. Zij waarborgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaire gezondheidszorg: eerstelijnszorg, verstrekt tijdens het spreekuur en thuis en preventieve begeleiding.</li> <li>- De functies van communautaire gezondheid: het uitwerken van activiteiten, in coördinatie met het volledige psychisch-medisch-sociale netwerk en het creëren van voorwaarden voor de actieve deelname van de bevolking aan gezondheidspromotie.</li> <li>- De functies van gezondheidsobservatorium in de eerste lijn: gegevens verzamelen die het mogelijk maken om een sociaal-sanitaire beschrijving op te stellen van de problemen van de behandelde bevolking en hun activiteiten te kaderen in een proces van kwaliteitszorg.</li> </ul> <p>Het is de bedoeling om zowel geïntegreerde (genezend, preventief, herstellend) als algemene zorg te ontwikkelen (waarbij rekening wordt gehouden met alle aspecten van de pathologie, zowel medisch als sociaal, economisch en psychologisch), vertrekkend vanuit een multidisciplinair team, dat bestaat uit ten minste verschillende huisartsen, een secretariaats- en ontvangstinfrastuur, diensten voor verpleging, kinesitherapie, een sociale dienst en de mogelijkheid om een beroep te doen op een psychotherapeut.</p> <p>Behalve het feit dat de patiënten zich nog tot slechts één instelling hoeven te richten, wat mogelijk wordt dankzij de multidisciplinariteit van het team, kenmerkt het centrum zich door zijn plaatselijke aanwezigheid. Dat betekent dat het op zoek moet gaan naar strategieën die optimaal zijn aangepast aan de bevolking waarop het zich toespitst. Deze werkwijze moet dankzij een inspanning op het vlak van gezondheidseducatie leiden tot een grotere autonomie van de patiënt bij de behandeling van zijn gezondheidsproblemen, en meer in het algemeen tot een sterkere deelname van de bevolking aan het beheer van de gezondheidscentra.</p> <p>De 'Maisons médicales' werken met een betaling 'per prestatie' (traditioneel) of sinds 1985 met een 'forfait' (in het kader van een contract tussen de patiënt, zijn verzekeringsinstelling en het medisch huis vindt een forfaitaire maandelijkse betaling plaats door het RIZIV, los van de verleende zorg en met de bedoeling de solidariteit tussen gezonden en zieken te stimuleren).</p>
<b>Contacts</b>	<p>Fédération des maisons médicales  Isabelle Heymans  E-mail: fmmcsf@fmm.be</p>

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 1, 2</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Borstkanker</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Programma voor borstkankerscreening</b>		
<b>Period</b>	17 juni 2002 -		
<b>Framework</b>	<p>Borstkanker is veruit de vaakst voorkomende kanker bij vrouwen. In 1997 werden in België meer dan 600 nieuwe gevallen van borstkanker geregistreerd. Als we uitgaan van een levensverwachting bij de geboorte van 84 jaar, kunnen we schatten dat één vrouw op elf in de loop van haar leven met deze aandoening wordt geconfronteerd. Het incidentiepercentage verhoogt met de leeftijd. Drie vierde van de nieuwe gevallen van borstkanker doet zich voor bij vrouwen boven de 50 jaar.</p> <p>Voor 2002 zagen enkele proefprojecten het licht in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in de Provincie Luik via mobiele eenheden, in de provincie Waals-Brabant, in het arrondissement Dinant, in het arrondissement Neufchâteau en in Moeskroen. Deze projecten werden uitgebouwd op initiatief van de Universitaire screeningscentra, de provincies, gemeenten of verenigingen van huisartsen. Algemeen bereikten deze plaatselijke proefprojecten van georganiseerde screening echter slechts ongeveer 10% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar. In Vlaanderen hadden de universiteiten en de provincies al projecten lopen vanaf het begin van de jaren 1990.</p> <p>Rekening houdend met de omvang van het probleem en met de resultaten van de proefprojecten beslisten de federale, gewestelijke en regionale politiek verantwoordelijken de krachten te bundelen in het kader van het Programma 'Europa tegen kanker' en een programma te ontwikkelen voor georganiseerde screening op nationaal niveau. Sinds 2001 vormen twee Koninklijke Besluiten de wettelijke basis voor de ontwikkeling van kwalitatief hoogstaande en gratis screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Om de twee jaar voor alle vrouwen tussen 50 en 69 door middel van een mammografie.</li> <li>- Met de algemene terugbetaling van de mammotest door de ziekteverzekering.</li> </ul> <p>In oktober 2002 werd het 'Protocolakkoord tot samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen inzake mammografische borstkankerscreening' ondertekend. In dit protocol verbindt de federale overheid zich ertoe het noodzakelijke budget ter beschikking te stellen voor de honoraria, terwijl de gemeenschappen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie verantwoordelijk zijn voor de organisatie van het eigenlijke preventieprogramma op hun respectieve grondgebied. De organisatie van het programma door het Vlaams Gewest staat in detail beschreven in Steekkaart 3.1.5. De organisatie van het programma in de Duitstalige Gemeenschap wordt waargenomen door de Franse Gemeenschap (via de provincie Luik)</p> <p>De Franse Gemeenschap heeft de werklust verdeeld over drie hoofdverantwoordelijken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het 'Centre communautaire de référence du dépistage du cancer du sein a.s.b.l.', (CCR) (Communautair referentiecentrum voor de screening van borstkanker), dat onder meer belast is met de sturing van het programma.</li> <li>- De vijf Waalse provincies, die een Provinciaal Coördinatiecentrum (PCC) moeten oprichten. Deze PCC's zijn erkende screeningscentra, verantwoordelijk voor de territoriale organisatie van de screening, de tweede lezing van de mammotests en de registratie van de gegevens.</li> <li>- Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de software en de evaluatie van het programma op het niveau van de drie gewesten.</li> </ul>		

<b>Activities</b>	<p><b>Organisatie:</b> Om in aanmerking te komen, moeten de vrouwen tussen 50 en 69 ingeschreven zijn in het Rijksregister en aangesloten zijn bij de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Naar schatting is ongeveer 1% van de bevolking niet ingeschreven, dat is precies het meest kwetsbare deel van de bevolking. Het federale ministerie voor Volksgezondheid is van plan hierover een werkgroep op te richten.</p> <p>De PCC's nodigen de vrouwen die in aanmerking komen uit voor een mammotest in een erkende mammografie-eenheid. De vrouwen die in aanmerking komen, krijgen eveneens rechtstreeks toegang tot het programma op voorschrift van een behandelende arts. De erkende mammografie-eenheid staat in voor de registratie van de vrouwen, de uitvoering van de mammografie en de eerste lezing van de negatieven. De radioloog van het PCC (tweede lezer) voert een nieuwe lezing uit. Het centrum maakt de conclusies en aanbevelingen voor opvolging in een resultaatsbrief over aan de mammografie-eenheid die deze moet bezorgen aan de verwijzende arts, die op zijn beurt de resultaten meedeelt aan de patiënte en instaat voor de opvolging.</p> <p><b>Evaluatie:</b> Hoewel de screening gebeurt op uitnodiging, blijft ze vrijwillig. Uit talloze onderzoeken is gebleken dat de hindernissen voor screening niet zozeer financieel maar wel cultureel van aard zijn. De Socialistische Mutualiteiten hebben gegevens van hun leden geanalyseerd en vastgesteld dat het bereik lager ligt bij niet-actieve vrouwen. De Franse Gemeenschap publiceerde in het kader van de screening door middel van mammografie een analyse van preventief gedrag (2000). Daaruit blijkt dat het percentage screenings via een mammografie in de loop van de jaren 1998-2000 hoger lag in het Brussels Gewest (58%) dan in Wallonië (50%) en in Vlaanderen (45%). In Vlaanderen gingen de vrouwen vaker in op de uitnodiging via de post, terwijl in Wallonië en in Brussel de huisarts en de gynaecoloog de voornaamste personen waren die de vrouwen ertoe aanzetten om een mammografie te laten uitvoeren. Het document bevat ook gegevens over de toegankelijkheid en over de factoren die preventie stimuleren/belemmeren, met inbegrip van het sociaaleconomische niveau.</p> <p>Het Instituut voor Volksgezondheid (Afdeling Epidemiologie) beschikt eveneens over gegevens die de verschillen in preventie aantonen tussen lagere en hogere sociaaleconomische niveaus. (HIS 2004)</p>
<b>Contacts</b>	<p>Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein - 02/742.21.34 - cceref@ccref.org Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Marc Abryn 02/642 50 21</p>



<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Zwangere vrouwen &amp; kinderen</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Preventie door het 'Office de la Naissance et de l'Enfance'</b>		
<b>Period</b>	2001 -		
<b>Framework</b>	<p>Het 'Office de la Naissance et de l'Enfance' (ONE) is een overheidsdienst van de Franse Gemeenschap. De dienst ontstond uit het 'Oeuvre Nationale de l'Enfance', dat na de Eerste Wereldoorlog in het leven werd geroepen, en had aanvankelijk als voornaamste opdracht het bestrijden van de kindersterfte. Geleidelijk aan heeft het ONE een uitgebreid netwerk voor kinderbescherming opgebouwd. Na de communautarisering in 1983 werd het ONE opgesplitst in drie afzonderlijke zelfstandige taalfdelingen: het 'Office de la Naissance et de l'Enfance', Kind en Gezin en de 'Dienst für Kind und Familie'.</p> <p>In juli 2001 moest een hervormings- en heractiveringsplan de opdrachten van het ONE opnieuw definiëren, om de dienst beter te laten werken en op aangepastere wijze te laten inspelen op de nieuwe behoeften van de gezinnen. De nieuwe opdrachten zijn opgenomen in het decreet van 17 juli 2002. Het is de verantwoordelijkheid van het ONE om in te staan voor de goedkeuring, subsidiëring, organisatie, begeleiding, toezicht en evaluatie van de opvang van kinderen jonger dan 12 buiten het gezinsmilieu. Het beleid voor de begeleiding van het kind en zijn ouderlijke omgeving past binnen een algemene dienstverlening (zonder onderscheid toegankelijk voor iedereen), die is aangepast aan de specifieke behoeften en verwachtingen van de meest bestaansonzekere bevolkingsgroepen.</p> <p>Het ONE heeft ervoor gekozen het dienstverleningsaanbod te herstructureren op basis van de bestaande consultaties en vertrekt daarbij van de gemeente als basiseenheid voor zijn dienstverlening (in plaats van helemaal opnieuw te moeten beginnen met nieuwe vestigingen, zoals Kind en Gezin – Zie Steekkaart 3.1.3).</p>		
<b>Activities</b>	<p>De door het ONE ontwikkelde activiteiten zijn vrij en gratis toegankelijk voor de vijftigduizend kinderen die elk jaar worden geboren in de Franse Gemeenschap en ruimer gezien ook voor de 360.000 kinderen jonger dan zeven jaar die er wonen (270.000 in Wallonië en 90.000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) en voor hun ouders. Er zijn 534 consultatiebureaus voor kinderen in de Franse Gemeenschap.</p> <p>De consultaties zijn altijd gratis. De bijgeschoolde kinderartsen of huisartsen van de consultaties van het ONE verstrekken er preventieve geneeskundige zorg. De doelstelling van deze preventieve begeleiding is om erop toe te zien dat de zwangerschap (prenatale begeleiding) en de algemene ontwikkeling van het kind harmonieus verlopen. Dit gebeurt op drie complementaire niveaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisch: regelmatig toezicht door een arts op basis van aanbevelingen van de Gids voor preventieve geneeskunde.</li> <li>- Maatschappelijk: samenwerking, afhankelijk van de behoeften, tussen de medisch-sociaal werker en het gezin. Er wordt tevens sociale en juridische omkadering geboden, en wanneer de ouders niet langer in regel zijn of geen sociale dekking genieten, kan worden doorverwezen naar de bevoegde diensten.</li> <li>- Educatief: verspreiding van kennis op het vlak van preventie, de opvoeding van kinderen, psychologie, bekrachtiging van de ouderlijke vaardigheden, enzovoort.</li> </ul>		

	<p>Het ONE heeft drie modaliteiten ontwikkeld om zijn initiatieven zo toegankelijk mogelijk te maken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het 'Carnet de l'enfant' bevat onder meer de strookjes voor gratis vaccins, die zijn opgenomen in de vaccinatiekalender van de Franse Gemeenschap. Zo worden bijvoorbeeld systematisch meer dan 50.000 'Carnets de l'enfant' verspreid in kraamklinieken en is het 'Carnet parental' beschikbaar voor alle (toekomstige) ouders.</li> <li>- Sinds 1992 heeft het ONE zijn samenwerking met de sociale tolkdiensten uitgebreid, teneinde op de ONE-consultatiebureaus tolken in verschillende talen ter beschikking te kunnen stellen.</li> <li>- Om te kunnen inspelen op de problemen in gebieden waar de mensen erg verspreid wonen, ging het ONE in 1952 van start met een eerste gezondheidsbus in de Oostkantons, waar het kindersterftepercentage het landelijke gemiddelde ruimschoots overschreed. Bijna zestig jaar na deze eerste gezondheidsbus werpt het systeem nog altijd vruchten af: op dit moment rijden er zeven gezondheidswagens rond in de Franse Gemeenschap (1 in Waals Brabant, 2 in Luik, 3 in Luxemburg en 1 in Namen). De gezondheidsbus biedt de klassieke diensten aan van een consultatiebureau voor kinderen. Hij staat op vaste tijdstippen stil in de gemeenten en de bijhorende gehuchten. Dankzij dit systeem kunnen de gemeenten genieten van een maandelijks consultatie, een ritme dat wordt opgelegd door de vaccinatievereisten.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	ONE: 02/542 12 11 – info@one.be

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 1, 2, 3</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Zelfdoding</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Centre de prévention du suicide’</b>		
<b>Period</b>	1970 –		
<b>Framework</b>	<p>Met een geschat zelfdodingspercentage van 23 per 100.000 inwoners bevindt België zich boven het wereldgemiddelde (14,5 per 100.000 inwoners). Zelfdoding is de tiende overlijdensoorzaak (1997). Er bestaan over zelfdoding verschillende opvattingen met betrekking tot de bijzondere kwetsbaarheid van bepaalde groepen personen. Hoewel het klopt dat de problematiek van zelfdoding voorkomt bij alle bevolkingslagen, stelt die zich toch sterker in bepaalde sociale klassen.</p> <p>Het meest opvallende verschil in de analyse van de zelfdodingspercentages is dat tussen mannen en vrouwen. In westerse samenlevingen plegen mannen twee tot drie keer vaker zelfmoord dan vrouwen. Op het vlak van zelfmoordpogingen is de tendens omgekeerd, aangezien de verhouding inzake zelfmoordpogingen bij mannen 1 op 3 bedraagt en bij vrouwen 1 op 14.</p> <p>De zelfdodingsproblematiek stelt zich overigens bijzonder sterk tijdens de twee uiteinden van het leven: een hoog aantal zelfmoordpogingen tijdens de puberteit en een hoog aantal zelfdodingen bij bejaarden.</p> <p>De benadering die is gericht op een of meer ‘risicogroepen’ heeft evenwel al haar beperkingen aangetoond: ze probeert een individu te reduceren tot algemene gedragsvormen, maar bepaalde kenmerken van deze risicogroepen zijn op niets terug te voeren. Een dergelijke benadering doet alsof de problematiek te verklaren is volgens een lineair causaal schema, maar in werkelijkheid is alles heel veel complexer.</p> <p>Het ‘Centre de Prévention du suicide’ werkt dan ook aan een benadering die niet zozeer gebaseerd is op risicogroepen, maar wel op risicofactoren die blijken uit klinische observatie en statistische correlaties. Het gaat om de volgende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosociale risicofactoren (geestesziekten, alcohol en misbruik van andere middelen, impulsieve en/of agressieve neigingen, geschiedenis van trauma of misbruik, bepaalde ernstige lichamelijke ziektes, eerdere zelfmoordpoging),</li> <li>- Omgevingsgebonden risicofactoren (verlies van werk of financieel verlies, relationeel of sociaal verlies, gemakkelijke toegang tot dodelijke middelen, geschiedenis van zelfdoding in de familie),</li> <li>- Sociaalculturele risicofactoren (geen sociale ondersteuning en gevoel van isolement, moeilijke toegang tot de gezondheidszorg)</li> </ul> <p>Het ‘Centre de Prévention du Suicide’ werd opgericht in 1970 en krijgt structurele financiële steun van de Franse Gemeenschapscommissie en de BGDA. Het leidt projecten voor zelfmoordpreventie in Brussel en Wallonië.</p>		

<b>Activities</b>	<p>Het 'Centre de prévention du suicide' bouwt zijn preventieprojecten uit rond twee pijlers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meer aandacht en betere begeleiding van personen met suïcidale neigingen en van hun omgeving;</li> <li>- bewustmaking/opleiding van alle personen die in hun beroepspraktijk worden (of kunnen worden) geconfronteerd met zelfdoders en personen met suïcidale neigingen (werknemers uit de psychisch-medisch-sociale sector, politiepersoneel, begrafenisondernemers, leraars...).</li> </ul> <p>Het Centrum leidt een reeks projecten die zowel specifiek als complementair zijn, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefonisch onthaal door vrijwilligers, dag en nacht. Deze dienst is gebaseerd op anonimiteit en geheimhouding en biedt 'psychologische' noodhulp, zodat de oproeper zich vrij kan uitdrukken zonder een oordeel te moeten vrezes, afstand kan nemen en zijn situatie kan uiteenzetten, een crisismoment kan overwinnen en andere mogelijkheden kan overwegen. Jaarlijks worden ongeveer 20.000 oproepen behandeld.</li> <li>- Crisisopvolging na een zelfmoordpoging</li> <li>- Rouwbegeleiding</li> <li>- Begeleiding voor ouders van jongeren</li> <li>- Ateliers voor creatieve expressie</li> <li>- Tussenkoms in instellingen in een crisissituatie</li> <li>- Opleidingen voor professionals</li> <li>- Informatie- en bewustwordingssessies voor een breed doelpubliek</li> <li>- Forumruimte op het Internet</li> <li>- Studiedagen</li> <li>- Documentatiecentrum</li> </ul> <p>Het 'Centre de Prévention du Suicide' verleent tevens zijn medewerking aan nationale en internationale activiteiten op het vlak van onderzoek en de ontwikkeling van kennis inzake suïcidologie, met name op het gebied van preventie.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Directeur: Axel GEERAERTS - <a href="http://www.preventionsuicide.be">http://www.preventionsuicide.be</a></p> <p>Telefonisch onthaal: 0800 32 123</p>

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Gemeente</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Relais Santé’ binnen de ‘Relais Sociaux’</b>		
<b>Period</b>	2002 -		
<b>Framework</b>	<p>Omdat de Waalse Regering vaststelde dat sommige personen, ondanks het bestaan van talloze overheids- en privédiensten, geen sociale bijstand wensen omdat ze het vertrouwen hebben verloren in de instellingen, besloot zij uit te gaan van het principe: ‘omdat het moeilijk is de mensen bij ons te krijgen, moeten wij naar hen toe gaan’.</p> <p>Sinds 2002 krijgen de ‘Réseaux sociaux’ (sociale netwerken) van Luik en Charleroi steun in de vorm van facultatieve subsidies. De goedkeuring van het Decreet houdende de maatschappelijke integratie van 17 juli 2003 erkende de eerste vijf stedelijke sociale ‘Relais’ (sociale bemiddelingscentra) (Charleroi, La Louvière, Luik, Bergen &amp; Verviers); tegen 2009 moeten hier nog twee extra ‘Relais’ bijkomen (in Namen en Doornik-Moeskroen).</p> <p>Het was niet de bedoeling om met de ‘Relais Sociaux’ een extra dienst te creëren, maar wel om enerzijds de bestaande diensten te coördineren en anderzijds die diensten te versterken. De organisatie van de ‘Relais Sociaux’ is gebaseerd op een coördinatiestructuur van de verschillende overheids- en privédiensten (met algemene coördinatie), afkomstig uit vier sectoren, die elk een van de voorzieningen vertegenwoordigen die worden geconfronteerd met de specifieke behoeften van het doelpubliek (daklozen, drugverslaafden, prostituees,...):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De sector ‘dagopvang’, waar acties rond sociale integratie kunnen worden georganiseerd,</li> <li>- De sector ‘nachtopvang’, die overeenstemt met een of meer locaties voor nachtopvang,</li> <li>- De sector ‘straatwerk’, waar contacten kunnen worden gelegd of vernieuwd,</li> <li>- De sector ‘sociale noodgevallen’, waar op fundamentele en dringende vragen kan worden geantwoord.</li> </ul> <p>In het licht van hun observatieopdracht zijn de ‘Relais Sociaux’ naast hun coördinerende rol eveneens verantwoordelijk voor het uitvoeren van onderzoek en het bijhouden van statistieken.</p>		
<b>Activities</b>	<p>De ervaring van de stad Luik speelde een belangrijke rol bij de invoering van de ‘Relais Santé’. Vanaf 1994 bleek het probleem van de uitsluiting uit de gezondheidszorg in Luik opnieuw toe te nemen. Verschillende verenigingen voerden toen diensten in voor het verstrekken van eerstelijnsgezondheidszorg (met gratis consultaties).</p> <p>In 1999 ontwikkelde de stad Luik een reflectiestructuur genaamd ‘Atelier Santé Précarité’ (workshop gezondheid en kwetsbaarheid) die de opdracht had om oplossingen en instrumenten te zoeken die optimaal aangepast zijn aan deze problematiek en die uitging van een analyse van de bestaande voorzieningen. Deze workshop kwam tot de conclusie dat er voldoende zorgverstrekkers zijn en dat de oprichting van nieuwe curatieve voorzieningen bestemd voor personen die worden uitgesloten uit de gezondheidszorg, de uitsluiting alleen maar zou versterken.</p> <p>Bij de werking van de ‘Réseaux sociaux’ was overigens gebleken dat de meest bestaansonzekere personen zich vooral zorgen maken om hun gezondheid. Daarom werd voorgesteld om een ‘Relais Santé’ (bemiddelingspunt voor gezondheid) te koppelen aan het ‘Relais Social’.</p>		

	<p>In 2004 werden tijdens twee proefprojecten 'Relais Santé' opgericht binnen de 'Relais Sociaux' van Charleroi en Luik.</p> <p>De voornaamste opdracht van het 'Relais Santé' bestaat erin om personen op te vangen die moeilijk toegang krijgen tot de gezondheidszorg, zelfs diegenen waarvoor het OCMW niet a priori bevoegd is, en te luisteren naar hun vragen. Vervolgens moeten de Relais Santé de administratieve situatie van de patiënt evalueren, de bevoegde instelling voor de tenlasteneming van de medische kosten contacteren, een 'verbindingsteekkaart' opstellen die het traject van de patiënt moet vereenvoudigen en de patiënt doorverwijzen naar de betrokken sociale dienst en naar het netwerk van algemene eerstelijns geneeskunde.</p> <p>Op die manier probeert het 'Relais Santé' de gezondheid te laten voorgaan op de administratie, wat noodzakelijk is om te kunnen inspelen op de medische behoeften van bestaansonzekere personen.</p> <p>Het plan 'Plus de cohésion sociale en Wallonie' (Meer maatschappelijke samenhang in Wallonië) voorziet tegen 2009 een geïntegreerd stelsel, met een 'Relais Santé' in elk van de zeven Waalse 'Relais Sociaux'.</p>
<b>Contacts</b>	<p>Verantwoordelijke in het Waalse Gewest:</p> <p>Relais Santé Luik: Mevrouw Brigitte Lekien - 04 / 220 58 97</p>

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	/	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Onderzoek</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Onderzoek in de centra voor de coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten</b>		
<b>Period</b>	2000		
<b>Framework</b>	<p>Sinds de jaren 1990 vormt de thuisverzorging van bejaarden een prioriteit in Wallonië. In het kader van zijn strategische transversale plan voor sociale cohesie heeft het Waalse Gewest zich ertoe verbonden om de verzorging van bejaarden en afhankelijke personen in goede omstandigheden thuis te promoten, dankzij een betere coördinatie van de diensten voor thuisverzorging.</p> <p>Op initiatief van de minister voor Sociale Zaken en Gezondheid van het Waalse Gewest werd een onderzoek uitgevoerd. Hieruit werden de behoeften duidelijk inzake thuisverzorging van bejaarden evenals de cruciale rol die thuisverzorging speelt bij de aanpak van de vergrijzing van de bevolking.</p> <p>De organisatie van het onderzoek werd toevertrouwd aan de Commissie voor erkenning van de centra voor de coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten, met medewerking van de 'Direction régionale de l'action sociale et de la santé' (Gewestelijke directie voor maatschappelijke en gezondheidsactie).</p>		
<b>Activities</b>	<p>De doelstellingen van dit onderzoek bestonden erin een typologie op te stellen van de aanvragen die de gebruikers formuleren (gezinnen en bejaarden) en te evalueren in welke mate de dienstverleners en diensten in staat zijn in te spelen op deze verzoeken inzake thuisverzorging en thuisdiensten.</p> <p>Gedurende 2 maanden werd een uitgebreid overzicht opgesteld van de telefonische aanvragen inzake sociale zorgen of diensten, die de gebruikers formuleren. Er werd rekening gehouden met alle aanvragen die bij deze centra werden ingediend. Ook de aanvragen bij bepaalde diensten voor gezinshulp (het 'Centre Familial' van Verviers en de 'Service d'aide familiale' van Doornik) werden in het onderzoek opgenomen.</p>		
<b>Contacts</b>	<p>Fabienne Montaigne: 081/33 30 70 - F.Montaigne@mrw.wallonie.be</p> <p>Hugues Reyniers: 081/32 74 58, H.Reyniers@mrw.wallonie.be</p>		



<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1 &amp; P2</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Bejaarden</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Groen nummer Libr'âgé</b>		
<b>Period</b>	2001 -		
<b>Framework</b>	<p>In 1996 werd op initiatief van het OCMW van Libin in de provincie Luxemburg APAM ('Aide aux Personnes Agées Maltraitées' – Hulp aan mishandelde bejaarden) opgericht. De doelstelling van deze vzw bestaat erin een antwoord te bieden op de mishandeling van bejaarden in de provincie Luxemburg.</p> <p>In april 1998 werd in de provincie Luik een zuster-vzw, CAPAM ('Centre d'Aide aux Personnes Agées Maltraitées' – Centrum voor hulp aan mishandelde bejaarden) opgericht door een multidisciplinair team van personen die beroepsmatig actief zijn in de sector van de derde leeftijd en die zich bewust zijn van het feit dat deze problematiek nergens wordt aangepakt.</p> <p>In 2001 gingen beide vzw's een partnerschap aan om samen een groen nummer te bemanen, een hulplijn voor vragen over de problematiek van mishandeling van bejaarden.</p> <p>In 2003 werd Libr'âgé opgericht, bestaande uit vier verenigingen: CAPAM (provincies Luik en Luxemburg), EMPAGE (Charleroi) en URGEDES (Sambreville). Er kwamen steunpunten van Libr'âgé in de verschillende Waalse provincies.</p> <p>In het kader van het Toekomstcontract en het geïntegreerde gezondheidsbeleid heeft het Waalse Gewest zich ertoe verbonden maatregelen te nemen ter bestrijding van de mishandeling van bejaarden. Ze biedt steun aan het groene nummer, dat eveneens wordt gefinancierd door de Waalse Gemeenschapscommissie en de Waalse provincies.</p>		
<b>Activities</b>	<p>De algemene doelstelling van het groene nummer bestaat erin mishandeling van bejaarden tegen te gaan, ongeacht of dit thuis of in een instelling gebeurt. Het is de bedoeling om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actief te luisteren naar en aangepaste hulp te bieden aan de bejaarde die het 'slachtoffer' is geworden van mishandeling, de familie, de omgeving en elke persoon die op de hoogte is van gevallen waarin bejaarde personen worden mishandeld. Naar aanleiding van de oproepen die in 2005 werden ontvangen, opende Libr'âgé 364 dossiers voor mishandeling – voornamelijk van financiële of psychologische aard.</li> <li>- Iedereen op de hoogte te brengen van de mogelijke hulp en bijstand.</li> <li>- Alle personen die zich over een bejaarde ontfemen, al dan niet beroepsmatig, en die kunnen worden geconfronteerd met de mishandeling van bejaarden, voor te lichten.</li> <li>- Bejaarden en de bevolking bewust te maken van de strijd tegen de mishandeling van bejaarden.</li> <li>- De verschillende acties op het vlak van de mishandeling van bejaarden te coördineren.</li> <li>- Een adviesfunctie uit te oefenen met het oog op de ondersteuning en de begeleiding van de betrokkenen.</li> <li>- Een netwerk voor ondersteuning en dienstverlening op te richten.</li> <li>- In te staan voor de inzameling en de publicatie van gegevens.</li> <li>- Samen te werken met andere instellingen in België of in het buitenland. Zo werd een Belgische antenne van het 'Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté' (RIFVEL) opgericht. Dit netwerk werkt op internationaal niveau samen met partners uit andere Franstalige gemeenschappen, zoals Québec, Zwitserland en Frankrijk.</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	Groen nummer Libr'âgé: 0800/30 330 - capam@capam.be		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Verslavingen</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Onderzoek in de centra voor de coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten</b>		
<b>Period</b>	2003 -		
<b>Framework</b>	<p>Vanaf 1991 (dus nog voor de regionalisering van de bevoegdheden inzake gezondheid) financierde het Waalse Gewest bepaalde steden om initiatieven te ontwikkelen met betrekking tot verslaving (met name in het kader van de 'Contrats de sécurité' (veiligheidscontracten) van de Waalse steden). Met het decreet van 27 november 2003 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de hulp- en zorgverleningsnetwerken en diensten gespecialiseerd in verslavingen probeert het Waalse Gewest een aangepast en toereikend antwoord te bieden voor personen die kampen met een verslaving. Indien het mogelijk is de instrumenten en methodologieën gezamenlijk te benutten, kan een belangrijke stap worden gezet op het vlak van de kwaliteit. De identificatie van de behoeften, de ontwikkeling van gemeenschappelijke instrumenten en een gemeenschappelijke methodologie voor projectbeheer en evaluatie vormen een belangrijke stap vooruit op het vlak van kwaliteit. Het decreet definieert als 'verslavingen': de afhankelijkheid en gewenning, veroorzaakt door het overmatige gebruik van legale en illegale psychotrope producten, alcohol, tabak en spelen. Vanaf 2007 kent het Waalse Gewest niet langer subsidies toe aan gespecialiseerde structuren zolang er in hun zone geen netwerk is opgericht. Om te worden erkend, moeten diensten die zich toeleggen op verslavingen, overigens de dynamiek van het netwerk van hun zone volgen en hun vijfjarenplan door dit netwerk laten bekrachtigen.</p>		
<b>Activities</b>	<p>Het decreet van 27 november 2003 voorziet de oprichting van twaalf zorgnetwerken die het volledige Waalse grondgebied moeten bestrijken (Moeskroen-Doornik, La Louvière, Brabant, Hoei-Waremme, Luik, Verviers, Bergen, Charleroi, Namen, Dinant, Philippeville en Luxemburg). Per zone kan slechts één ondersteunings- en zorgnetwerk worden erkend. In zones met een stad van meer dan 150.000 inwoners (Luik en Charleroi) wordt het netwerk opgericht door de stad in kwestie, binnen haar eigen diensten. In de andere zones voor verslaafdenzorg wordt het netwerk opgericht door het OCMW of, bij gebrek daaraan, in de vorm van een vzw. Het hulp- en zorgverleningsnetwerk dat zich toelegt op verslavingen heeft de volgende taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de behoeften inzake bijstand en verzorging op het vlak van verslavingen identificeren;</li> <li>- overleg plegen over de verdeling van de taken en de complementariteit ervan, teneinde een coherent aanbod voor bijstand en verzorging te kunnen ontwikkelen in de betrokken zone, met inbegrip van zorgverlening in geval van crisis- en noodsituaties;</li> <li>- het aanbod structureren, in overeenstemming met: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de onthaal- en voorlichtingsfunctie: die moet zodanig worden georganiseerd dat de begunstigde zo eenvoudig en snel mogelijk een antwoord krijgt op zijn vraag, indien nodig door hem door te verwijzen naar een instelling of zorgverstreker die kan instaan voor de opvolging van dit verzoek.</li> <li>• de begeleidingsfunctie: die moet ervoor zorgen dat de begunstigde een individuele begeleiding krijgt, in overleg met de volledige gezondheids-, sociale, onderwijs- en sociaal-culturele sector;</li> <li>• de zorgfunctie: het zorgaanbod bevat ten minste substitutiezorg, ontwenningsskuren, psychotherapie en residentiële opvang. Het netwerk staat samen met de ziekenhuissector in voor de continuïteit van de zorgverlening;</li> <li>• risicobeperking;</li> </ul> </li> <li>- de opleidingsfunctie organiseren: die bestaat uit bewustmaking, vorming, voortgezette vorming en/of het toezicht op de actoren die worden of kunnen worden geconfronteerd met de problemen waarmee de betrokkenen te maken krijgen;</li> <li>- klinische interviews organiseren.</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	<p>Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé  Direction du Contrôle et de l'Inspection: Directeur: Roger Vanseveren  Tel.: 081/32 72 47</p>		

<b>ID Number</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1, 2, 3 &amp; C</b>	<b>Lichamelijke &amp; geestelijke gezondheid</b>	<b>Reproductieve gezondheid</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Centra voor gezinsplanning</b>		
<b>Period</b>	1970 -		
<b>Framework</b>	<p>In België blijft het aantal VZA's stabiel en neemt niet af (15.000 VZA's per jaar). Bij de jongeren lijkt dit aantal zich naar boven toe te stabiliseren (3000 VZA's per jaar bij jongeren tussen 13 en 19 jaar oud). Om deze tendens tegen te gaan, heeft de FOD Volksgezondheid de maatregel 'contraceptie voor jongeren' ingevoerd, die meisjes jonger dan 21 jaar bij aankoop van de pil een forfaitaire korting van drie euro per maand aanbiedt. Dankzij deze maatregel worden bepaalde anticonceptiepillen voor jonge meisjes gratis. De centra voor gezinsplanning spelen een cruciale en fundamentele rol bij het waarborgen van het recht op seksuele en reproductieve gezondheid. De centra voor gezinsplanning worden sinds 1970 bij Koninklijk Besluit erkend en gefinancierd. Vanaf 1972 verenigden de centra voor gezinsplanning zich in de Belgische Federatie voor Gezinsplanning en Seksuele Opvoeding. Door het debat over de verwijdering van abortus uit het strafrecht in de jaren 1970 en 1980 en door decentralisatie viel deze federatie uiteen in verschillende kleinere federaties, op basis van ideologische en taalkundige criteria. De erkenning en de subsidiëring van de centra voor gezinsplanning zijn geregionaliseerd. Bij wijze van voorbeeld belicht deze steekkaart de toestand in Wallonië. Sinds 1997 kent het Waalse Gewest de erkende centra een financiering toe voor hun personeelskosten, werkingskosten en kosten voor de zorgverstrekking, uitgevoerd door onafhankelijke beroepskrachten in het kader van een aannemingsovereenkomst. Een centrum voor gezinsplanning is voorzien voor een bevolking van 50.000 inwoners, behalve in geval van specifieke plaatselijke omstandigheden of specifieke behoeften.</p>		
<b>Activities</b>	<p>De centra voor gezinsplanning zijn instellingen met een structuur die buiten de ziekenhuizen valt. Zij hebben als doelstelling de opvang van, het luisteren naar, de educatie en de begeleiding van iedereen op het vlak van het gevoels-, seksuele of relationele leven. De centra zijn verplicht om iedereen te ontvangen, ongeacht leeftijd, woonplaats of andere criteria, en deze persoon indien nodig door te verwijzen naar een meer aangepaste dienst. Om een maximale toegankelijkheid te kunnen garanderen, kunnen de consultaties gratis zijn, afhankelijk van de situatie van de persoon die om bijstand verzoekt. Elk centrum beschikt over een multidisciplinair samengesteld team, dat ten minste de medische, psychologische, juridische, maatschappelijke, onthaal- en educatieve functie kan waarmaken. Het kan eveneens samenwerken met privé- of openbare structuren. Het vormen van netwerken wordt vooral bevorderd omdat het aantal consultaties dat betrekking heeft op sociale problemen de afgelopen jaren is toegenomen.</p> <p>Een centrum voor gezinsplanning waarborgt de vertrouwelijkheid en respect voor de overtuiging van de persoon in kwestie. De opdrachten van deze centra kunnen als volgt worden samengevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medische, psychologische, juridische en maatschappelijke raadplegingen organiseren;</li> <li>- jongeren voorbereiden op een affectief en seksueel leven;</li> <li>- personen en groepen informeren met betrekking tot alle vragen die verband houden met seksuele en reproductieve gezondheid, en ook inzake familierecht;</li> <li>- bijstand bieden aan personen in verband met problemen op het vlak van onvruchtbaarheid, contraceptie, SOA's en andere problemen inzake reproductieve gezondheid;</li> <li>- steun bieden aan zwangere vrouwen in moeilijkheden.</li> </ul> <p>Een beperkt aantal centra in het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voert vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fédération laïque des centres de planning familial: 42 centra waarvan 21 VZA's uitvoeren</li> <li>- Fédération des centres pluralistes de planning familial: 22 centra waarvan 1 VZA's uitvoert</li> <li>- Fédérations des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes: 15 centra waarvan 7 VZA's uitvoeren</li> <li>- Fédération des centres de planning et de consultation: 15 waarvan geen enkel VZA's uitvoert</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	/		

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 2, 3</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Provincie</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Sociale Intercommunale van Waals-Brabant (ISBW)</b>		
<b>Period</b>	1997 -		
<b>Framework</b>	<p>De dienst sociale bijstand en gezondheid is verantwoordelijk voor de toepassing van het beleid zoals dat is vastgelegd door de provinciale overheid inzake sociale aangelegenheden en gezondheid. In 1995 stelde de Provincie Waals-Brabant in het kader van de ontwikkeling van synergieën binnen de sectoren van sociale bijstand en gezondheid de Sociale Intercommunale van Waals Brabant (ISBW) aan als de operator voor sociale aangelegenheden (een programmacontract).</p> <p>De ISBW is een overheidsdienst die diensten aanbiedt in de nabijheid van de mensen, voornamelijk gericht op de bevolkingsgroep die wordt geconfronteerd met uiteenlopende noden. De ISBW werkt aanvullend en op verzoek van de OCMW's en gemeenten. De ISWB wil een contactpunt vormen tussen de actoren op het terrein en de politieke besluitvormers op de verschillende bevoegdheidsniveaus. Sinds 1997 heeft de ISBW als belangrijkste doelstelling de strijd voor integratie met oog voor de toegankelijkheid van de sociale en de gezondheidsdiensten.</p>		
<b>Activities</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toepassing van sociale tarieven, zelfs indien de subsidiërende overheid een barema oplegt.</li> <li>- Dienst voor begeleiding van mensen met een handicap</li> <li>- Dienst voor bijstand aan gezinnen en bejaarden.</li> <li>- Dienst voor thuisopvang van zieke kinderen.</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestuursdirecteur - Directie Sociale Zaken: Xavier HOORNAERT - 010 23 60 83 - xavier.hoor-naert@brabantwallon.be</li> <li>- Directeur Sociale Bijstand en Gezondheid: Godelieve LANNOYE - 010 23 60 94 - aidesociale.sante@brabantwallon.be</li> <li>- ISBW: 081/62 27 45 – secretariat@isbw.be</li> </ul>		

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>/</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Onderzoek</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Centre de Documentation et de Recherche sociales’ - CEDORES</b>		
<b>Period</b>	1999 -		
<b>Framework</b>	<p>Het ‘Centre de Documentation et de Recherche Sociales’ (Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Onderzoek – CEDORES) is een semi-openbare instelling die afhangt van het directoraat-generaal sociale zaken van de provincie Henegouwen. CEDORES heeft een opdracht op het vlak van onderzoek en studie in verband met de verschillende problematieken van sociale actie. Het centrum probeert nieuwe ideeën uit de wetenschappelijke wereld te vulgariseren, waardoor die kunnen worden omgezet en opgenomen in het sociale beleid.</p> <p>Vertrekkend van het principe dat de doelstelling van het sociale beleid erin bestaat in te spelen op de sociale noden, namelijk om een tegenover de norm vastgestelde ‘afwijking’ weg te werken, en in het besef dat de provinciale instellingen zich slechts in beperkte mate kunnen aanpassen aan de evolutie van de maatschappelijke problemen, organiseert CEDORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Specifieke acties rond maatschappelijke voorlichting en permanente vorming.</li> <li>- De promotie van specifieke sociale activiteiten ter ondersteuning van de provinciale instellingen.</li> </ul>		
<b>Activities</b>	<p><b>‘Tables du social’</b></p> <p>Sinds 1999 organiseert CEDORES de zogenoemde ‘tables du social’ (maatschappelijke rondetafels) om de kennis van de maatschappelijk werkers te actualiseren, ze volledig op de hoogte te houden van de sociale omwentelingen en hen op te leiden tot kritische en verantwoorde burgers. De ‘tables’ hebben betrekking op een specifiek gezondheidsprobleem of op een problematiek waarbij de transversaliteit tussen maatschappelijke en gezondheidsaspecten duidelijk wordt (bijvoorbeeld: globalisering en sociale uitsluiting (1999), vluchtelingen en mensen zonder papieren (2000), preventieve sociale acties (2001), de Waalse overmatige schuldenlast (2001), hervorming van het bestaansminimum (2002), sociaal werk in een stedelijk milieu (2003).</p> <p><b>Publicatie van het tijdschrift ‘l’Observatoire’</b></p> <p>Het tijdschrift ‘l’Observatoire’ verschijnt in samenwerking met het Waalse Gewest en de vijf Franstalige provincies: Waals-Brabant, Henegouwen, Luik, Luxemburg en Namen. Aan de hand van thematische dossiers poogt dit tijdschrift allerlei facetten van het maatschappelijke werk te benaderen: individueel, relationeel, sociologisch, medisch, juridisch, economisch, enz. Het tijdschrift richt zich in de eerste plaats tot beroepskrachten uit de sociale en de psychisch-medisch-sociale sector, maar wil ook toegankelijk zijn voor een breder publiek.</p> <p><b>Deelname aan het Europese actieprogramma voor de bestrijding van uitsluiting</b></p> <p>CEDORES heeft een project opgezet voor grensoverschrijdende samenwerking en uitwisseling op het gebied van de strijd tegen sociale uitsluiting (2006). De doelstelling bestond erin een aantal ervaringen van het GSP (geïntegreerd sociaal plan) te delen, die bedoeld zijn om kwetsbare doelgroepen met integratieproblemen te helpen (allochtone gezinnen, jongeren die afhaken op school, personen die leven van een bestaansminimum, werklozen). Het onderzoek analyseert met name de rol van de overheidsdiensten (werkgelegenheid, gezondheid, huisvesting, enz.) binnen de hulp die aan deze personen wordt geboden. Het project werd afgerond met een colloquium waaraan politieke en sociale instellingen deelnamen.</p> <p><b>Voorlichting en vorming</b></p> <p>CEDORES organiseert voorlichtings- en vormingsactiviteiten voor iedereen of gericht op specifieke doelgroepen (jongeren, ambtenaren) over de prioritaire thema’s van zijn werking: vergrijzing, tieners, verslaving, gendergebonden geweld.</p>		
<b>Contacts</b>	info@cedores.be - 071/44 72 11 - Table du social: willy.bastin@cedores.be		

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Keyword</b>	<b>PS</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Provincie</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Liège Province Santé’</b>		
<b>Period</b>	1998 -		
<b>Framework</b>	<p>De Provincie Luik is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) aangeduid om deel te nemen aan het Europese project dat bedoeld is om een sociaal en gezondheidsbeleid te promoten in het kader van de strategie ‘Gezondheid 21’.</p> <p>De originaliteit van het project ‘Liège Province Santé’ (Luik gezondheidsprovincie) schuilt in het samenwerkingsverband tussen de provincie, de stad en de universiteit van Luik onder de rechtsvorm van een vzw. De doelstellingen van het project zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De bevolking een gezonde omgeving garanderen, niet alleen op fysiek, chemisch en biologisch vlak, maar ook een maatschappelijk, economisch en psychologisch gezonde omgeving.</li> <li>- De actieve deelname van de plaatselijke gemeenschappen, dat wil zeggen de volledige bevolking, stimuleren.</li> <li>- Individuele vaardigheden ontwikkelen om met kennis van zaken te kiezen voor een gezonde levenswijze.</li> <li>- Aandacht hebben voor de heroriëntering van de gezondheidsdiensten door de vragen en behoeften van de bevolking inzake gezondheid te identificeren.</li> </ul>		
<b>Activities</b>	<p>Aansluitend bij het thema ‘Gezondheid voor iedereen’ dat wordt gepromoot door de WGO, organiseert de provincie maandelijks gratis bijeenkomsten over diverse thema’s die verband houden met gezondheid, met een specifieke nadruk op de thema’s van de Wereldgezondheidsdagen (hart- en vaatziekten, vergrijzing, enz.). Een ander thema dat regelmatig opduikt is dat van de verschillen tussen mannen en vrouwen bij verschillende pathologieën.</p> <p>De ongelijkheden op het vlak van gezondheid komen op transversale wijze ook aan bod tijdens lezingen en in de ‘minutes santé’ (gezondheidsminuten) op de plaatselijke radio’s.</p>		
<b>Contacts</b>	Coördinatiebureau van het project ‘Liège Province Santé’ van de WGO (0)-4/349 51 33 - SPPS@prov-liege.be		

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 2, 3 &amp; Curatief</b>	<b>Geestelijke gezondheid</b>	<b>Immigranten</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Groepsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>'La Clinique de l'exil' (Provincie Namen)</b>		
<b>Period</b>	2000 -		
<b>Framework</b>	<p>Vanuit epidemiologisch oogpunt komen geestelijke gezondheidsproblemen, zoals depressies of gedragsstoornissen, vaker voor bij vluchtelingen dan bij de bevolking in het algemeen. Het begrip 'Clinique de l'exil' bestaat al een tiental jaar en is bedoeld om aandacht te besteden aan de psychische problemen van migranten, die te wijten zijn aan hun migratie.</p> <p>De benadering is zowel kritisch (traumatische causaliteit en aanpassing van de immigratie) als klinisch van aard, gebaseerd op het luisteren naar de patiënten en de aandacht voor subjectieve gevolgen van de migratie over verscheidene generaties. Het project 'Clinique de l'exil' van de Provincie Namen kon tot stand komen dankzij het samengaan van een plaatselijk belang en een regionale politieke actie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een aantal Naamse diensten beslisten om met elkaar te overleggen en zich te buigen over het vraagstuk van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor de allochtone bevolking van de regio. Zij kwamen tot het besluit dat de bestaande structuren geen bevredigend antwoord bieden voor de specifieke problematiek van de migranten, met name op het vlak van culturele psychologie en toegankelijkheid. De diensten voor geestelijke gezondheid van de regio zagen deze bevolkingsgroep inderdaad nooit, aangezien deze rechtstreeks een beroep deed op de vereniging Exil in Brussel, een gespecialiseerde dienst voor geestelijke gezondheid, gesubsidieerd door het Brussels Gewest en door de Verenigde Naties als centrum voor psychologische bijstand aan slachtoffers van georganiseerd geweld.</li> <li>- Tegelijk lanceerde het Waalse Gewest een projectoproep voor gecoördineerde actie in het netwerk van eerstelijnszorg en -diensten. Het 'Institut Provincial d'Orientation et de Guidance' van Namen (IPOG) reageerde op deze projectoproep. In december 2000 zag het proefproject 'Clinique de l'exil' het licht. Het wordt gesubsidieerd door de Provincie Namen en het Ministerie van het Waalse Gewest.</li> </ul>		
<b>Activities</b>	<p>De 'Clinique de l'Exil' staat in voor psychosociale bijstand en transculturele psychologische consultaties voor buitenlanders of mensen van buitenlandse origine (vluchtelingen, asielzoekers, mensen zonder papieren, ...) in coördinatie met de eerstelijnsdiensten en ambulante curatieve diensten.</p> <p>Het proefproject van het IPOG richt zijn activiteiten op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klinische consultaties,</li> <li>- ontwikkeling van collectieve benaderingen,</li> <li>- ondersteuning van netwerkactoren (diensten voor geestelijke gezondheid, OCMW's, ziekenhuiscentrum, ...)</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	Clinique de l'Exil - 081/73 67 22 - clinique.exil@province.Namen.be		



<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Keyword</b>	<b>P 2 &amp; P 3 &amp; Curatief</b>	<b>Geestelijke gezondheid</b>	<b>Financiële toegankelijkheid</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Ziektegerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>‘Centres de Guidance’ van Nijvel en Jodoigne</b>		
<b>Period</b>	1990 -		
<b>Framework</b>	<p>Het provinciale beleid van Waals-Brabant op het vlak van sociale zaken en gezondheid wordt waargenomen door de dienst sociale bijstand en gezondheid via verschillende structuren, waaronder twee ‘Centres de guidance’ (Centra voor Sociale Begeleiding) in Nijvel en in Jodoigne die een specifieke benadering hebben ontwikkeld voor een betere behandeling van hun patiënten.</p> <p>De ‘Centres de guidance’ van Nijvel et Jodoigne zijn door het Waalse Gewest erkende centra voor geestelijke gezondheid, met medisch en paramedisch personeel in loondienst, gefinancierd door de provincie.</p>		
<b>Activities</b>	<p>De ‘Centres de guidance’ bieden consultaties aan evenals een multidisciplinaire opvang (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, therapeuten voor psychische en motorische revalidatie, logopedisten) tegen een verlaagd tarief (van maximaal tien euro) of tegen betaling van een symbolisch bedrag (vaak slechts enkele eurocent).</p> <p>Hetzelfde principe wordt toegepast voor de ‘Groupes de la mémoire’ (geheugengroepen), die preventief en curatief werken op het vlak van geestelijke gezondheid door de organisatie van tweedaagse seminars bestemd voor personen van 50 jaar en ouder, en zelfs voor jongere personen die worden geconfronteerd met moeilijkheden in verband met brugpensioen, menopauze, enz.</p>		
<b>Contacts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de Guidance van Jodoigne: 010 81 31 01 – cdg.jodoigne@belgacom.net</li> <li>- Centre de Guidance van Nijvel: 067 21 91 24 – centreguidance-pbw-Nijvel@belgacom.net</li> <li>- Directrice: Godelieve Lannoye: 010 23 60 94</li> </ul>		

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Onderzoek</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Observatoire de la Santé Henegouwen (OSH)</b>		
<b>Period</b>	1991 -		
<b>Framework</b>	<p>De gezondheidstoestand in de provincie Henegouwen is minder goed dan het nationale gemiddelde. De levensverwachting bij geboorte van mannen ligt in Henegouwen bijna drie jaar lager dan het Belgische gemiddelde. Bij vrouwen bedraagt het verschil iets meer dan een jaar. De mortaliteit en morbiditeit in verband met hart- en vaatziekten en kanker liggen in Henegouwen ook bijzonder hoog. Geschat wordt dat ongeveer 1800 overlijdens per jaar in Henegouwen zouden kunnen worden vermeden door een beperking van de sociaaleconomische verschillen op het vlak van gezondheid.</p> <p>De 'Déclaration de Politique Générale de la Province' (algemene provinciale beleidsverklaring) (2000-2006) vermeldde het terugdringen van de ongelijkheid op het vlak van gezondheid als een provinciale prioriteit. In dit kader is het 'Observatoire de la Santé' (Gezondheidsobservatorium) van Henegouwen (OSH) met name verantwoordelijk voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het voortbrengen van relevante en nuttige informatie inzake de gezondheidstoestand van de inwoners van de provincie. Hierbij is het de bedoeling om aan de besluitnemers, zorgverstrekkers en burgerorganisaties gegevens beschikbaar te stellen over de gezondheidstoestand van de Henegouwse bevolking, over de factoren die die toestand bepalen en over de evolutie in de tijd. Dit moet bijdragen tot de versterking van het democratische en participatieve karakter van de besluitvorming inzake gezondheidspromotie.</li> <li>- Het bijdragen aan de ontwikkeling van de vaardigheden van de bevolking op het vlak van gezondheid. Hierbij is het de bedoeling om mee te helpen bij de emancipatie van de bevolking door middel van acties met betrekking tot gezondheidseducatie. Deze benadering plaatst de bevolking centraal in de aanpak van de gezondheidswerkers. De interventies overstijgen de eenvoudige overdracht van informatie en versterken ieders vaardigheid om aan zijn eigen gezondheid te werken.</li> </ul> <p>Via het Gezondheidsobservatorium stelt de provincie Henegouwen epidemiologische gegevens, een methodologische ondersteuning en interventie-instrumenten ter beschikking van de bevolking en de zorgverstrekkers. De werkingsprincipes van het OSH zijn gebaseerd op het Handvest van Ottawa (WGO, 1986) en op het concept van algemene gezondheid van de WGO.</p>		
<b>Activities</b>	<p><b>Sector Gezondheidsinformatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oprichting van een documentatiecentrum voor volksgezondheid, gespecialiseerd in preventie, gezondheidspromotie en gezondheidseducatie, toegankelijk voor professionele gezondheidswerkers en maatschappelijke actoren. Het centrum biedt een database met wetenschappelijke en een database met pedagogische gegevens.</li> <li>- Publicatie van 'Tableaux de bord de la santé en Hainaut' in 1997, 1998 (focus op jongeren), 2000, 2001, 2004 (focus op jongeren) en 2006. Deze 'boordtabellen over de gezondheid' hebben betrekking op de aspecten bevolking, mortaliteit, morbiditeit, gezondheidsfactor, zorgaanbod, zorgafname, milieu en gezondheid. Ze benadrukken de verschillen op het vlak van gezondheid in de provincie in vergelijking met de rest van België.</li> </ul>		

	<b>Sector Gezondheidseducatie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisatie van communicatiecampagnes gericht op de bewustmaking van de bevolking voor de factoren die de gezondheid bepalen en het aanmoedigen van veranderingen van maatschappelijke percepties en normen.</li> <li>- Organisatie van een sessie buurtopvoeding, met name voor werklozen, gepensioneerden, enz.</li> <li>- Terbeschikkingstelling van een 'Repertorium met tools voor gezondheidseducatie', ontworpen en/of aangepast door het OSH. Die instrumenten moeten ervoor zorgen dat er oordeelkundige keuzes worden gemaakt met betrekking tot voorwaarden en -factoren van gezondheid.</li> <li>- Methodologische ondersteuning van de professionele gezondheidswerkers voor gezondheidseducatie en evaluatie van de acties op het vlak van gezondheidseducatie.</li> </ul>
<b>Contacts</b>	Directeur: Dr. Luc Berghman Sector Gezondheidseducatie: Pierre Bizel Sector Gezondheidsinformatie: Véronique Tellier Tel.: 065 87 96 00 E-mail: <a href="mailto:observatoire.sante@hainaut.be">observatoire.sante@hainaut.be</a> <a href="http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante">http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante</a>

<b>ID Number</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Onderzoek</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad</b>		
<b>Period</b>	1992 -		
<b>Framework</b>	<p>Dit bicommunautaire observatorium werd gezamenlijk opgericht door het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Bestendige Deputatie van de Provincie Brabant en wil een instrument zijn voor de uitwerking van een coherent gezondheidsbeleid in het tweetalige gewest Brussel-Hoofdstad. Sinds 1993 hangt het Observatorium uitsluitend af van de leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor gezondheid.</p> <p>Bij ordonnantie van 19 juli 2001 zijn de opdrachten van het Observatorium uitgebreid naar 'welzijn'. Op die manier geeft de overheid duidelijk aan dat sociaaleconomische factoren een grote invloed hebben op de gezondheid, en omgekeerd. Armoede is een doorslaggevende factor voor de gezondheid van de bevolking. De ordonnantie van 20 juli 2006 versterkt deze benadering.</p> <p>De opdracht van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (OGW) bestaat in het verzamelen, analyseren en verspreiden van de noodzakelijke gegevens voor het uitwerken van een gecoördineerd beleid op het vlak van volksgezondheid en armoedebestrijding op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Door de toestand, de evolutie in de tijd en de impact van het maatschappelijke en gezondheidsbeleid te evalueren, biedt het OGW steun bij de besluitvorming. Het stimuleert de transversaliteit tussen gezondheid en welzijn, waarbij rekening wordt gehouden met de Brusselse realiteit op het vlak van multiculturaliteit, de interactie met de actoren op het terrein en de rechtstreeks betrokken personen. Het streeft ernaar de communicatie tussen de bevolking en de zorgverstrekkers op het terrein, de wetenschappers en de politici te bevorderen.</p>		
<b>Activities</b>	<p><b>Onderzoek, analyses en verspreiding van informatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Rapport over de staat van armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest</i>. Sinds 1999 publiceert het OGW om de twee jaar dit verslag, dat het resultaat is van een overlegproces tussen de instellingen en personen die betrokken zijn bij de strijd tegen armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (GGC, OCMW's, gemeenten en betrokken personen en organisaties). Het behandelt op transversale wijze het verband tussen armoede en gezondheid.</li> <li>- <i>Boordtabel van de gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest</i> (2001 &amp; 2004) Deze boordtabel biedt een algemeen overzicht van de gezondheid van de Brusselse bevolking. Ze legt met name de nadruk op de verschillen op het vlak van gezondheid door etniciteit, geslacht en sociaaleconomisch niveau. Deze boordtabel wil een hulpinstrument zijn voor al diegenen die op de een of andere manier deelnemen aan de organisatie van de diensten voor gezondheid en gezondheidspromotie in Brussel, ongeacht of het gaat om politiek verantwoordelijken, professionele gezondheidswerkers of actoren uit de verschillende domeinen die bepalend zijn voor de gezondheid van de bevolking.</li> <li>- <i>Barometer voor de gezondheid en het welzijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest</i> (2005) Dit document bevat een reeks indicatoren die betrekking hebben op verschillende aspecten van armoede. De doelstelling van de 'sociale barometer' bestaat erin de evolutie van de sociaaleconomische toestand van de Brusselaars in de tijd te kunnen volgen. Het is een hulpinstrument voor het beleid. De barometer wijdt een hoofdstuk aan de ongelijkheid en maakt een verschil tussen de impact ervan op de gezondheid van moeder en kind en op de gezondheid op volwassen leeftijd.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>De welzijns- en gezondheidsatlas</i> (2006) geeft een overzicht van de ruimtelijke spreiding van de sociaal-medische situatie van de Brusselaars. De atlas wordt samengesteld op basis van de Algemene Sociaaleconomische Enquête (2001) en wil een referentiewerk zijn. Deze atlas wordt aangevuld door de <i>Atlas betreffende de behoeften en het aanbod van de sociale en medische dienstverlening voor de thuisverzorging van bejaarden</i>, die wordt samengesteld op basis van de Algemene Sociaaleconomische Enquête (2001) en een referentiewerk wil zijn. De problematiek van bejaarden die thuis willen blijven, is een belangrijk thema voor talloze Brusselaars en een politieke prioriteit voor de verschillende communautaire commissies.</li> <li>- <i>Thematische dossiers</i>: Sinds 2002 stelt het OGW dossiers samen die diepgaande informatie moeten verstrekken over specifieke thema's, zoals tuberculose (2002) en zelfdoding (2002).</li> </ul> <p><b>Projecten: Gezondheid en huisvesting (2003-2004):</b>          Actieonderzoek samen met Brusselse huisartsen naar het verband tussen gezondheid en huisvesting. Huisartsen die eerstelijnszorg verstrekken in de woning van de patiënt, worden gemiddeld één keer om de drie dagen geconfronteerd met gezondheidsproblemen die worden veroorzaakt of verergerd door de slechte kwaliteit van de woonplaats. Drie groepen huisartsen, ingedeeld op basis van de geografische zone waarbinnen ze werken, zijn betrokken bij dit onderzoek dat methodologische steun geniet van het OGW.</p> <p>In het kader van hun praktijk in Kuregem (Anderlecht) en in het oude Molenbeek begon een groep artsen zich te interesseren voor loodvergiftiging. Via een screening van kinderen die in de loop van één maand regelmatig op consultatie kwamen, werd de groep zich bewust van de realiteit van loodvergiftiging. In beide vestigingen vertoonden 7 van de 103 geteste kinderen een te hoog loodgehalte in het bloed (hoger dan 10 µg/dl). Dankzij dit project kregen de artsen een beter inzicht in de risicofactoren en de klinische symptomen van loodvergiftiging, evenals in de technieken van screening en behandeling. Een andere groep huisartsen, actief in Schaarbeek en Evere, slaagde erin een reeks specifieke problematieken bloot te leggen. Tot de belangrijkste daarvan behoren de inrichting van de woning van bejaarden, zodat ze thuis kunnen blijven wonen, maar ook de nauwe banden tussen geestelijke of sociale gezondheid en de toestand van de woning.</p>
<b>Contacts</b>	Annette Perdaens: Administratief directeur - Sociologe 02 552 01 50 – aperdaens@ccc.irisnet.be

<b>ID Number</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P 1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Stad</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Seraing – ‘Ville Santé’</b>		
<b>Period</b>	1996 -		
<b>Framework</b>	<p>De doelstelling van de ‘Villes Santé’ (Gezondheidssteden) bestaat erin iedereen te mobiliseren om de levenskwaliteit te verbeteren en de implementatie te bevorderen van een beleid dat gunstig is voor de gezondheid.</p> <p>De prioriteiten van Seraing als ‘Ville Santé’ worden omschreven door het schepenamtb voor Sociale Zaken en Gezondheid (projectverantwoordelijke).</p> <p>De verschillende activiteiten zijn uiteraard gericht op het uitbouwen van samenwerkingsverbanden tussen de overheids- en privépartners die actief zijn in Seraing, maar maken eveneens de balans op van de praktijken en van de antwoorden die zij moeten bieden op de uitdagingen op het vlak van bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.</p>		
<b>Activities</b>	<p>De projecten die worden uitgewerkt in het kader van de ‘Ville Santé’ in Seraing zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het project voor volksgezondheid van het ‘Maison médicale’ van Ougrée.</li> <li>- Sociaal overleg en met name de werkgroep rond het probleem van bestaansonzekerheid. De resultaten van een onderzoek, uitgevoerd door de actoren op het terrein, vormen een onmisbare informatiebron voor het definiëren van de toekomstige prioriteiten.</li> <li>- Samenwerking met het ‘Centre liégeois de promotion de la santé’ (Centrum voor Gezondheids-promotie Luik).</li> </ul>		
<b>Contacts</b>	<p>Projectverantwoordelijke Ville Santé: Alain Decerf, schepen Sociale zaken en Gezondheid</p> <p>Contactpersoon: 04/330 87 23</p>		

<b>ID Number</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Keyword</b>	<b>GP &amp; P1</b>	<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Gemeente</b>
<b>Impact</b>	Direct:		Indirect: X
<b>Priority strategy</b>	Omgevings- of gemeenschapsgerichte benadering		
<b>Title</b>	<b>Initiatieven 'inégalités santé' van de Plaatselijke Centra voor Gezondheidspromotie</b>		
<b>Period</b>	1997 -		
<b>Framework</b>	<p>De Plaatselijke Centra voor Gezondheidspromotie zijn instellingen, erkend door de Franse Gemeenschap, die op plaatselijk vlak de coördinatie verzorgen van de uitvoering van het vijfjarenplan voor gezondheidspromotie (2004-2008) en de operationele plannen.</p> <p>Het Decreet van 14 juli 1997 houdende de organisatie van de gezondheidspromotie in de Franse Gemeenschap, gewijzigd door het Decreet van 17 juli 2003, omschrijft de opdrachten van de tien Centra voor Gezondheidspromotie van de Franse Gemeenschap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een meerjarenprogramma voor gecoördineerde acties ontwikkelen.</li> <li>- De uitvoering van dit actieprogramma coördineren op het niveau van de instellingen of de personen die instaan voor het contact met de bevolking of de doelgroepen, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke aspecten van het Communautaire plan voor Gezondheidspromotie.</li> <li>- Methodologische steun verlenen aan de instellingen of de personen die actief zijn op het vlak van gezondheidspromotie, met inbegrip van preventieve geneeskunde.</li> <li>- Op het niveau van hun territoriale bevoegdheid een dynamiek op gang brengen die partnerschappen, intersectorale samenwerking en communautaire participatie stimuleert, en die het mogelijk maakt om specifieke actieprioriteiten te definiëren voor het plaatselijke gezondheidsbeleid, met name door het opzetten van 'Conférences locales de promotion de la santé' (Plaatselijke Conferenties voor Gezondheidspromotie).</li> </ul>		
<b>Activities</b>	<p>De Plaatselijke Centra voor Gezondheidspromotie bieden voornamelijk methodologische steun aan plaatselijke verenigingen en actoren. Afhankelijk van de plaatselijke behoeften en prioriteiten heeft deze steun in mindere of meerdere mate betrekking op de uitvoering van de gezondheidsprojecten, de versterking van de capaciteit inzake gezondheidspromotie, enz. Bepaalde Plaatselijke Centra voor Gezondheidspromotie beschikken over een informatiecentrum en/of didactische instrumenten voor gezondheidspromotie.</p> <p>Het grootste deel van de activiteiten heeft betrekking op de volgende thema's: strijd tegen tabaksverslaving, voeding, seksuele gezondheid van jongeren, verslavingen.</p>		
<b>Contacts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Waals-Brabant: Viviane Demortier - (0)10 62 17 62</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie West-Henegouwen: Nan Tien Nguyen - (0)69 22 15 71</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Bergen Zinnik: Queenie Halsberghe (0)64 84 25 25</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Brussel: Catherine Vegaïrinsky (0)2 639 66 88</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Hoei Waremme: Benoît Dadoumont (0)85 25 34 74</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Charleroi Thuin: Viviane Vandenberg (0)71 33 02 29</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Luik: Chantal Leva (0)4 349 51 44</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Thuin: Paul Halleux (0)87 35 15 03</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Luxemburg: clps.lux@skynet.be (0)84 31 05 04</li> <li>- Plaatselijk Centrum voor Gezondheidspromotie Namen: In ontwikkeling.</li> </ul>		



**De Koning Boudewijnstichting steunt projecten en burgers die zich engageren voor een betere samenleving. We willen op een duurzame manier bijdragen tot meer rechtvaardigheid, democratie en respect voor diversiteit.**

De Koning Boudewijnstichting is onafhankelijk en pluralistisch. We werken vanuit Brussel en zijn actief op Belgisch, Europees en internationaal niveau. In België heeft de Stichting zowel lokale, regionale als federale projecten lopen. De Koning Boudewijnstichting werd opgericht in 1976 toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

Om onze doelstelling te realiseren, combineren we verschillende werkmethodes. We steunen projecten van derden, we ontwikkelen eigen projecten, we organiseren workshops en rondetafels met experts en burgers, we zetten denkgroepen op rond actuele en toekomstige thema's, we brengen mensen met heel verschillende visies rond de tafel, we verspreiden de resultaten via (gratis) publicaties,.... De Koning Boudewijnstichting werkt samen met overheden, verenigingen, ngo's, onderzoekscentra, bedrijven en andere stichtingen. We hebben een strategisch samenwerkingsverband met het European Policy Centre, een denktank in Brussel.

#### **Onze activiteiten zijn gebundeld rond deze thema's:**

Migratie & multiculturele samenleving - integratie en multicultureel samenleven bevorderen in België en Europa

Armoede & sociale rechtvaardigheid - nieuwe vormen van sociaal onrecht en armoede opsporen; projecten steunen die de solidariteit tussen de generaties versterken

Burgersamenleving & maatschappelijk engagement - maatschappelijk engagement stimuleren; bij jongeren democratische waarden promoten; buurt- en wijkprojecten ondersteunen

Gezondheid - een gezonde levenswijze bevorderen; bijdragen tot een toegankelijke en maatschappelijk aanvaarde gezondheidszorg

Filantropie - bijdragen tot een efficiënte uitbouw van filantropie in België en Europa

De Balkan - de rechten beschermen van minderheden en van slachtoffers van mensenhandel; een visasysteem opzetten voor studenten

Centraal-Afrika - projecten steunen rond aidspreventie en de begeleiding van aidspatiënten

De Raad van Beheer van de Koning Boudewijnstichting tekent de krachtlijnen van het beleid uit. Een zestigtal medewerkers - mannen en vrouwen, autochtonen en allochtonen, Vlamingen, Walen, Brusselaars - zorgt voor de realisatie.

Jaarlijks besteedt de Stichting zo'n 40 miljoen euro. Naast ons eigen kapitaal en de belangrijke dotatie van de Nationale Loterij zijn er ook de Fondsen van personen, verenigingen en bedrijven.

De Koning Boudewijnstichting ontvangt ook giften en legaten.

Meer info over onze projecten en publicaties vindt u op [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).

Een e-news houdt u op de hoogte.  
Met vragen kan u terecht op  
[info@kbs-frb.be](mailto:info@kbs-frb.be) of 070-233 728

Koning Boudewijnstichting, Bredero-  
destraat 21, B-1000 Brussel  
+32-2-511 18 40, fax +32-2-511 52 21

Giften op onze rekening 000-0000004-04  
zijn fiscaal aftrekbaar vanaf 30 euro